

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do utente e família com patologia neuromuscular

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do utente e família com patologia neuromuscular


Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato

Professor Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, curved green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract design.

“ Não é o desafio
Que define quem somos
Nem o que somos capazes de fazer.
O que nos define é o modo
Como enfrentamos o desafio:
Podemos deitar fogo às ruínas,
Ou construir um caminho através delas,
Passo a passo, rumo à liberdade.”

Richard Bach (2003)

AGRADECIMENTOS

Este relatório representa o culminar de um percurso de 18 meses de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, rumo à obtenção do grau académico de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Essa aprendizagem e crescimento só foram possíveis com muito esforço, trabalho e dedicação mas não teriam acontecido sem a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro. A todos os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Joaquim Paulo Oliveira pela “super” disponibilidade, direção, oportunidade e interesse com que sempre acompanhou o meu percurso formativo. Foi uma honra poder usufruir dos seus conselhos de orientação, como que uma “bússola” no caminho sinuoso que foi a construção do “saber”.

Aos EEER orientadores dos ensinios clínicos, o Enf. Saúl Ramalho e o Enf. Benedito Pedro, que me ajudaram imenso na construção da minha aprendizagem e na aquisição de competências, e que ainda hoje mantemos contacto regular. Uma palavra de apreço também aos enfermeiros dos serviços onde realizei os estágios.

Aos professores que lecionaram este curso, pela formação dada e pelo conhecimento partilhado e a todos os colegas do VºCMEER, pela viagem conjunta destes 15 meses. Em especial à Isabel (Belinha) que somos colegas eternos, e à Raquel, à Marta e à Eunice, por todos os momentos partilhados, quer eles tenham sido bons momentos ou menos bons!

Um agradecimento à minha enfermeira responsável, aos meus colegas de equipa de enfermagem no serviço de consultas externas, por estarem presentes e solidários.

Aos que compreenderam a importância desta formação, e me apoiaram (apesar das minhas faltas) e que, de muitas formas, me ajudaram em todo este processo, tornando este caminho árduo bem mais fácil.. À minha família, Mamã, Papá, Manos, bem como aos meus cunhados, sogros e às sobrinhas “pequeninas”.

E à minha mulher – Catarina, mulher da minha vida - que compreendeu os meus momentos de ausência e me transmitiu a força e o carinho para completar mais esta etapa.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APN – Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ELA – Esclerose lateral amiotrófica
EM – Esclerose múltipla
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de reabilitação
MIF – Medida de Independência Funcional
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PE – Processo de Enfermagem
PNS – Plano Nacional de Saúde
QDV – Qualidade de Vida
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SGB – Síndrome Guillain-Barré
SNC – Sistema Nervoso Central
SNP - Sistema Nervoso Periférico
SRA – Serviço de Reabilitação de Agudos – CMRA
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Este relatório teve como objetivo principal a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular de estágio clínico inserido na área de especialização de enfermagem de reabilitação, servindo de documento de avaliação para a obtenção do título de mestre na referida área. Foi delineado um percurso de Ensino Clínico, no âmbito do 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, e foca-se na análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Durante este período tive o privilégio de acompanhar a intervenção do EEER, como a avaliação da pessoa com alterações das funções: cardiorrespiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e sexualidade. O percurso foi feito com inúmeras experiências de aprendizagem que permitiram a realização dos objetivos definidos e o desenvolvimento das competências como EEER, tendo-me sido possibilitado a observação da continuidade de cuidados, monitorização de cuidados e ganhos em saúde relevantes nas pessoas de quem cuidei, identificando as necessidades de intervenção através de instrumentos de avaliação adequados e utilizados na prática de cuidados diária.

O foco do Projeto de Formação foi a promoção do autocuidado do utente e família com Patologia Neuromuscular, da qual emergiram os enunciados da qualidade do exercício profissional do EEER. Emergiu como filosofia de cuidados a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem e focado na Pessoa e Família. As patologias neuromusculares são doenças crónicas, progressivas e altamente incapacitantes, que exigem adaptações constantes ao doente, implicam um desgaste familiar e podem conduzir uma grande dependência funcional. Um ponto comum destas patologias é a fraqueza muscular, sendo um ponto de partida para um ciclo vicioso. Assim, o problema geral encontrado foi: **”Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover o autocuidado do utente e família com patologia neuromuscular?”**

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; promoção do autocuidado; patologia neuromuscular; incapacidade; cuidador família.

ABSTRACT

This report aims to reflect and analysis of the skills acquired and developed during the progress of clinical stage inserted in rehabilitation nursing specialization area, serving the evaluation document for obtaining a master's degree in that subject. A Clinical Education development has been set, in the 3rd semester of the 5th Master's Degree in Rehabilitation Nursing, and the focus is in the critical and reflective analysis of the development of common and specific competencies for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN). During this period, I was the privileged to go along with the intervention of SNRN on evaluating the person with modified functions, corresponding: cardiorespiratory, motor, sensory and cognitive, alimentation, vesical and intestinal elimination and sexuality. The route was made with numerous learning experiences that enabled the achievement of defined objectives and skills development as SNRN, and I was allowed to attest the continuity of care, monitoring of care and health gains, relevant in people who I took care by identifying necessities through appropriate assessment tools used in the practice of daily care.

The focus of the education project was the promotion of the patient self-care and family with Neuromuscular Pathology, self-care concept that emerged from the statements of the quality of professional SNRN exercise. Orem's Self-care emerged as a philosophy of care, deficit-nursing theory and focused on the person and family. Neuromuscular diseases are chronic, progressive and highly disabling, requiring constant adjustments of the patient, bring a family wear, and can lead to a large functional dependence. A common point of these pathologies is the weakness being a starting point to a vicious cycle. So, the main problem of study was: **What rehabilitation nurse skills are included in its field and which can promote the person's self-care and family with neuromuscular pathology?**

Keywords: Rehabilitation Nursing; Self-care promotion; Neuromuscular Pathology; Disability; Family Caregiver.

ÍNDICE

P.

INTRODUÇÃO.....	9
1 - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA CONSTRUÇÃO FUNDAMENTADA	26
1.1 descrição das atividades desenvolvidas baseado nos objetivos propostos.....	27
2.2 Prática reflexiva e participação crítica nas atividades desenvolvidas	39
2 – AVALIAÇÃO.....	54
2.1- Aspetos positivos, negativos, ameaças e oportunidades	54
2.2- Contributos para a prática de cuidados de Enfermagem	57
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E OPORTUNIDADES FUTURAS.....	60
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

Apêndice 1 Avaliação dos EEER dos campos de Ensino Clínico

Apêndice 2 Projeto de Formação

Apêndice 3 Processos de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice 4 Jornais de Aprendizagem

INTRODUÇÃO

No campo de ação da realização do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, sistematiza-se no presente relatório a descrição, a análise e a reflexão do percurso de desenvolvimento de competências realizado, enquanto aluno no 3º semestre do curso aludido anteriormente.

A formação especializada em enfermagem visa o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas, refletidas na autoanálise e numa prática reflexiva e prepara os enfermeiros para intervir em contextos diferenciados e complexos. Veilleux (1998) considera que a reflexão e a formação constituem duas bússolas que podem ajudar a traçar o itinerário de uma viagem em direção à compreensão renovada da natureza dos cuidados de enfermagem. A reflexão ajuda a descortinar o aprendido para procurar novas vias, permitindo diferenciar valores aos quais atribuímos pouca importância daqueles que estão efetivamente na origem dos nossos atos. O enfermeiro que investe na sua formação quer construir o caminho para a especialização do conhecimento, promovendo a qualificação para o desenvolvimento de competências especializadas, com repercussões na qualidade dos cuidados e simultaneamente como instrumento de produção de identidade social. (Hortal Alonso, 2004). No âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório realizei um período de ensino clínico de 18 semanas que decorreu em dois locais: 9 semanas no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e outras 9 semanas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que está inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - *Albus Petra*.

O CMRA é uma instituição vocacionada para a reabilitação da Pessoa com deficiência física, seja esta congénita ou adquirida, de todas as idades, e a sua filosofia de cuidados está focada na promoção dos direitos desta Pessoa à cidadania e à integração social e profissional na sociedade. É reconhecido como um centro de referência em Medicina Física e de Reabilitação e dispõe de profissionais diferenciados, organizados em equipas multidisciplinares, em áreas como: Enfermagem generalista e Enfermagem especializada em Reabilitação, Fisiatria, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Ortoprotesia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e técnicos de, Cardiopneumologia e Imagiologia, que

asseguram a prestação individualizada de cuidados. O Serviço de Reabilitação Geral de Adultos 3 (SRA3) onde realizei as primeiras semanas de ensino clínico onde são prestados cuidados a utentes com patologias, maioritariamente, neurológicas, como vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismos Craneoencefálico (TCE), e respetivamente, utentes com Patologia Neuromuscular (PNM). Recentemente, este serviço iniciou cuidados especializados multidisciplinares de utentes que sofreram amputações de origem traumática e não-traumática.

O Agrupamento de centros de Saúde (ACES) de Sintra integra a UCC *Albus Petra* que operacionaliza uma ECCL, a qual, por sua vez, desenvolve a sua ação no âmbito do Programa de Cuidados Continuados Integrados (ACES Sintra, 2014).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

As Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário (ARSLVT, 2015).

A UCC *Albus Petra* abrange 20400 utentes inscritos na região demográfica das freguesias de Pêro Pinheiro, Almargem do Bispo e Montelavar que possam ser portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social. Assim, tive a oportunidade de

acompanhar, ao longo de 9 semanas, o EEER que integra a ECCL, que presta cuidados de enfermagem de reabilitação domiciliares a utentes, com diferentes graus de dependência, do foro neurológico/neuromuscular (AVC, TCE), ortopédico (fratura do úmero e amputações), respiratório (pneumonia adquirida na comunidade, patologia respiratória restritiva e obstrutiva), demencial (doença de Alzheimer, Parkinson) e por Síndrome de Desuso.

Os dois locais mencionados, onde tive a oportunidade de realizar o ensino clínico, foram locais de excelência para o desenvolvimento das competências preconizadas, assim como, para a operacionalização do Projeto de Formação com o título: **“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado do Utente e Família com Patologia Neuromuscular”**.

No CMRA todos os cuidados prestados visam a promoção do autocuidado do utente e família, focados na integração do utente na comunidade. O EEER desenvolve as suas intervenções com este objetivo e os ganhos atingidos são imprescindíveis à reintegração dos utentes nas suas atividades familiares, profissionais e sociais.

Na ECCL tive a oportunidade de visualizar de perto as necessidades da pessoa dependente no *autocuidado* que é transferida para o seu domicílio/comunidade, assim como da família/cuidador informal¹, e desta forma arbitrar devidamente as limitações, as dúvidas e receios, assim como, as barreiras arquitetónicas e os obstáculos que são colocados diariamente diante da pessoa com PNM ou com outra situação de incapacidade.

Ao longo das 18 semanas de ensino clínico, consegui adquirir em que situação a Enfermagem de Reabilitação dá resposta a vários desafios da sociedade atual e responsabiliza-se pela prestação de cuidados altamente qualificados, social e economicamente sustentáveis e centrados na pessoa e família. Além do mais, o EEER possui um conjunto de competências que o habilitam a exercer as suas

¹ **Cuidador Informal** – Elemento pertencente as redes de apoio informal, que permitem à pessoa dependente poder ser cuidada no seu domicílio, junto dos que lhe são mais próximos, sem ter que se desenraizar do seu meio, com todos os benefícios psicossociais daí resultantes. Estão incluídos por um lado as famílias da própria pessoa e por outro, os amigos e os vizinhos. As unidades de saúde devem considerar o cuidador informal como parceiro do cuidar (Batista, 2012).

funções de forma autónoma mas também em parceria, inserido numa equipa multidisciplinar, assumindo uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais e disciplinas das ciências da saúde. É importante a visão do envolvimento global da Enfermagem de Reabilitação, onde a sua expansão da reabilitação, como estratégia de assistir em enfermagem, tem aberto caminhos na promoção da saúde, prevenção de doenças crónicas e degenerativas e na inclusão social. A reabilitação pode ser, também, uma estratégia de cuidar em enfermagem, de carácter processual voltada à prevenção de complicações provenientes de doenças que podem originar incapacidades, bem como implementar intervenções cujos resultados promovem a melhor independência possível. Deve ser inclusiva e participativa abrangendo o cuidador informal. Desta forma, é possível ajudar toda e qualquer pessoa independente da doença e/ou incapacidades que possa apresentar (Faro, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo, constituindo doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta. De acordo com Mattsson (1972), a doença crónica² é uma condição que poderá ser progressiva e fatal, ou ainda associar-se a uma vida breve, que poderá ser relativamente normal, embora com prejuízo de algumas funções físicas ou mentais. De acordo com a OMS (2005) as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo.

Através da caracterização do estado de saúde dos portugueses (PNS, 2012), observou-se e identificou-se que a esperança de vida à nascença em Portugal Continental no triénio 2008/2010 atingiu 79,38 anos, vivendo as mulheres, em média, mais 6 anos do que os homens. Observa-se, ainda, uma diferença de cerca de 2,4 anos entre a esperança de vida à nascença em Portugal Continental e o valor médio deste indicador nos cinco países da UE onde se vive mais. Esta diferença é mais notória para o sexo masculino (3,1 anos) do que para o sexo feminino (1,8 anos). No entanto, quando analisada a esperança de vida sem incapacidade em

²**Doença Crónica** – Para a OMS citado pelo Plano Nacional de Saúde (2012), as doenças crónicas são definidas como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Portugal, para o ano 2010, verifica-se que os homens vivem, em média, 59,3 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 56,6 anos. O número médio de dias de absentismo laboral por doença tem vindo a decrescer, embora no último ano a tendência se tenha invertido, atingindo os 7,3 dias. O número de pensionistas por invalidez também tem vindo a diminuir. A auto percepção do estado de saúde é um indicador importante preditivo de mortalidade e morbilidade, bem como de utilização de serviços de saúde. Entre 1999 e 2006, a proporção de indivíduos que avalia positivamente (bom ou muito bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma autopercepção menos positiva do seu estado de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal (PNS, 2012-2016).

Este PNS propõe-se como uma fundação para o Sistema de Saúde do Século XXI:

- Envolve e dirige-se ao Sistema de Saúde, recolhendo e enquadrando o contributo de todos, começando pelo cidadão e sociedade civil, para a obtenção de ganhos em saúde;
- Tem como missão o reforço da capacidade de todos os agentes em saúde;
- Constrói uma visão coletiva para o desenvolvimento do Sistema de Saúde;
- Reconhece e promove a inovação e a gestão do conhecimento, estendendo-se progressivamente e atualizando-se ciclicamente, numa procura contínua das melhores soluções a médio-longo prazo para o Sistema de Saúde.

Um dos objetivos para o Sistema de Saúde é obter ganhos em saúde, onde estes são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução. Segundo Nutbeam (1998) citado pela DGS

(2012) os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. Os Ganhos Potenciais em Saúde apresentam uma perspetiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do Sistema de Saúde e sustentabilidade.

Uma doença crónica requer uma planificação eficaz, de forma a preparar situações adversas, pois quanto mais imprevisíveis e frequentes forem as alterações decorrentes da doença, mais difícil será a adaptação à mesma. O doente crónico tem que (con)viver com a doença até à finitude da sua existência, o que implica a mudança de hábitos do seu estilo de vida. Neste processo longo e demorado de adaptação à nova condição de vida existem muitos doentes crónicos se afastam de outras pessoas, o que origina frequentemente situações de depressão e solidão (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994; Radley, 1995).

Os utentes com patologia neuromuscular durante as fases iniciais da doença neuromuscular, podem ser capazes de continuar a trabalhar e a executar as suas atividades de vida diária. Todos estes doentes necessitam de um planeamento a longo prazo. A capacidade de trabalhar, frequentar a escola, participar na vida da comunidade e ser independente dependerá largamente da motivação do doente e dos recursos emocionais, do sistema de apoio e adaptativo. Atualmente muitas pessoas com incapacidades continuam a trabalhar em locais que são adaptados às suas necessidades. No entanto, a capacidade para prosseguir estas atividades altera à medida que as condições dos doentes se deterioram. Esta ideia leva-nos ao interpretar de que um utente com patologia neuromuscular está perante uma doença crónica, onde o objetivo não é curar mas sim gerir, com implicações na sua autonomia e do seu autocuidado, necessitando de cuidados planeados e estruturados, geridos por profissionais especialistas em reabilitação, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Estima-se que em Portugal, país com cerca de 10 milhões de habitantes, e de acordo com dados estatísticos internacionais, existam mais de 5000 doentes

afetados, encontrando-se distribuídos por diferentes patologias. (Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares, 2014). Um inquérito realizado em 11 das 13 Consultas de Neuropediatria existentes no País, revelou a existência, nos últimos 10 anos, de 659 doentes com doenças neuromusculares em idade pediátrica. Em 599 destes doentes foi identificada uma doença genética. Na maioria destas crianças o apoio precoce a estas situações, por parte dos pais e técnicos de saúde, nomeadamente no respeitante ao diagnóstico e terapêutica, faz-nos prever que atingiram, ou irão atingir, a idade adulta com situações relativamente controladas e que irão depender de cuidados de saúde continuados e acessíveis, para manterem a sua integração na sociedade, a qualidade de vida e o tempo de sobrevida para os quais este apoio precoce os preparou (APN, 2014). Também os restantes doentes adultos, alguns com diagnóstico mais tardio ou falta de apoio, apresentam hoje agravados e progressivos problemas médicos e sociais o que torna imperioso o seu apoio adequado através de cuidados médicos continuados.

Em todo o mundo estima-se que existam 2 milhões de pessoas portadoras de Esclerose Múltipla³ (EM). Em Portugal estima-se que mais de 5000 portugueses sejam portadores de EM, muitos ainda sem diagnóstico. De acordo com dados do GEEM (Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla), cerca de 3500 portadores já se encontram a receber tratamento. O aparecimento desta doença surge independentemente do local onde se habita, da raça ou idade, contudo são os fatores ambientais e hereditários, importantes para a sua manifestação. Mais frequentes em mulheres à exceção da EM tipo Primária-Progressiva em que a prevalência é semelhante em homens e mulheres (ANEM, 2016).

³ **Esclerose Múltipla** – É uma doença desmielinizante imunomediada do Sistema Nervoso Central (SNC). O início desencadeia-se entre os 20 e 50 anos de idade e tem o dobro da prevalência em mulheres. Aparentemente, tem uma série de fatores de risco, incluindo ambientais e infecciosos, sistema imunitário e fatores genéticos. As respostas inflamatórias repetidas e aleatoriamente (exacerbações) deixam depois placas e lesões na mielina que acabam por interromper a transmissão nervosa (Boylan, 2011). Segundo Karb (2004), citado por Boylan (2011) a fadiga é o sintoma mais comum, seguido por dificuldades na coordenação motora, marcha, espasticidade e distúrbios sensoriais (dor e parestesia), problemas gastrointestinais e vesicais, alterações visuais, disfunção cognitiva, tremor, disfagia e disartria.

⁴ **Síndrome Guillain-Barré** – É uma doença inflamatória que pode ser desencadeada por uma infeção viral ou bacteriana. Enquanto a EM afeta a mielina dos nervos do SNC, o SGB afeta a mielina dos nervos do sistema nervoso periférico (SNP), as células de Schwann. As pessoas com SGB, podem ter ou não, sintomas de parestesia e dormência. O sintoma mais comum é a diminuição da força muscular progressiva distribuída de uma forma mais ou menos simétrica. A maioria dos doentes com SGB recupera espontaneamente com ou sem incapacidades residuais (Boylan, 2011).

O Síndrome Guillain-Barré⁴ apresenta uma distribuição mundial e tem uma incidência de 1 a 2 casos por cada 100.000 habitantes por ano. Atinge todos os grupos etários, mas sobretudo o adulto jovem e o idoso. Em cerca de 60% dos casos há história recente de infecção respiratória ou gastrointestinal (viral ou bacteriana). A taxa de mortalidade geral é de cerca de 4% (Fonseca, et al., 2004).

As doenças neuromusculares englobam um conjunto de patologias de origem genética que afetam a musculatura esquelética. Sabe-se que estas doenças são uma das alterações genéticas mais comum em todo o mundo. O nome doenças neuromusculares engloba mais de cem tipos de quadros clínicos diversos, embora raros, que têm em comum o atingimento da unidade motora. As doenças neuromusculares, para além do défice de força que acarretam, têm consequências em vários sistemas do corpo humano, todos de importância vital, como os respiratórios, cardíaco e digestivo (Souido, 2007).

Segundo Correia (2007), dos primeiros sintomas mais frequentes destacam-se por ordem crescente, a dificuldade em andar, quedas frequentes, dificuldade em subir e descer escadas, perda progressiva da força muscular e dificuldade em levantar-se.

Um diagnóstico de doença crónica, nomeadamente de doença neuromuscular, vai desencadear um grande número de mudanças a nível físico (funcionamento corporal e aparência física), psicológico (nomeadamente reações emocionais relacionadas com um futuro incerto) e social (na relação de familiares e amigos ou mudança nos papéis sociais), podendo implicar uma alteração permanente no modo de vida do indivíduo (Canhão & Santos, 1996). Um diagnóstico de uma doença neuromuscular pode produzir sentimentos de desorientação, ansiedade e medo, impossibilitando, por vezes, a racionalização da informação recebida (Branco, Lopes & Oliveira, 2010).

A nível motor, as consequências são diversas como, por exemplo dificuldade na deambulação (dificuldade de marcha, equilíbrio, quedas frequentes, etc.), que leva a um uso permanente de uma cadeira de rodas manual ou elétrica (AFM, 2006). No campo ortopédico poderão surgir deformidades no esqueleto, que, por sua vez, poderão ser corrigidos por aparelhos cirúrgicos (talas, coletes, etc.) ou por cirurgias corretivas, sempre que necessário (AFM, 2006). As dificuldades respiratórias

poderão ser colmatadas pela assistência ventilatória (invasiva ou não invasiva), permanente ou não (AFM, 2006). A *Federacion Espanhola de Enfermedades Neuromusculares* (ASEM) (2008) partilha da ideia de que os doentes neuromusculares mantêm o nível cognitivo e capacidade intelectual intactos, mas que, em alguns casos de distrofia muscular congénita ou distrofia muscular de Duchenne, pode observar-se um discreto défice intelectual.

A grande variedade de doenças neuromusculares, a complexidade de diagnóstico, a diversidade da sua evolução e o seu prognóstico, as suas múltiplas manifestações clínicas e os rápidos progressos científicos e técnicos exigem uma intervenção com profissionais de diferentes especialidades (ASEM, 2008). Além das vertentes anteriormente discriminadas, Real e Mirco (2010) apontam como fundamental a estratégia de reabilitação com o objetivo de prolongar ao máximo a capacidade funcional do doente, tentando prevenir ou adiar o aparecimento das várias complicações conhecidas nestas doenças, com a devida variação individual.

A questão da prática de reabilitação funcional motora, no caso das doenças neuromusculares, é bastante controversa, no entanto é uma terapia bastante recomendada nestas doenças, pela sua capacidade de atuar diretamente na QDV dos pacientes e promover melhorias expressivas na força, na morfologia muscular, na redução da dor e nas limitações articulares (Cascon, Orsini, Leite, Mello, Freitas e Nascimento, 2007).

Uma pesquisa efetuada por Cascon et al. (2007), com doentes com ELA revelou que o exercício físico não alterou o carácter terminal da doença, no entanto tornou mais lento o processo degenerativo e melhorou a QDV do paciente, comparando com outros que não tinham sido sujeitos a esse tratamento.

É exigido ao enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação a competência técnica, a capacidade criativa, reflexiva, e, acima de tudo, aprofundamento constante dos seus conhecimentos técnico-científicos. O EEER tem como meta reunir esforços para capacitar os portadores de Doenças Neuromusculares para o resgate da sua independência na realização das atividades de vida diárias, motivando-os. Porém, não deverá perder de vista a certeza que nestas atividades estarão presentes as limitações decorrentes de sequelas causadas pelas patologias. Ainda assim, o EEER precisa de acreditar nos seus

conhecimentos e nas possibilidades do próprio utente para que as dificuldades não desestimulem este último a enfrentar as limitações impostas pelas doenças.

Além disso, é importante que exista uma permanente avaliação da sistematização no processo do cuidado para verificar se realmente os resultados esperados estão a ser alcançados. De destacar que, muitas vezes, alguns procedimentos ou algumas técnicas importantes incluídas no planeamento de cuidados de enfermagem para a recuperação do utente dependem de insumos para a sua realização. Evidentemente, a falta desses materiais pode acarretar danos ao utente e à não eficiência do planeamento (Paula, 2012). A intervenção do EEER ultrapassa a simples manutenção de amplitudes articulares e o fortalecimento muscular. O EEER utiliza todo o potencial plástico demonstrado para otimizar função e promover sua independência (Orsini, 2012)

As metas de reabilitação devem ser traçadas em conjunto com o indivíduo e com a sua família. O início precoce do treino de Atividades de Vida Diária (AVD) constitui um poderoso estímulo à prevenção das perdas neuro-motoras. O ganho da independência da pessoa no seu auto cuidado nas suas rotinas de cuidado diário favorece a vivência de um potencial produtivo, diminui os sentimentos de menos valia e diminuindo a baixa autoestima. As estratégias a adotar dependem das condições clínicas e das possíveis comorbilidades associadas às doenças neuromusculares (Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2012).

Existem várias escalas que permitem efetuar esta avaliação. Entre as mais utilizadas encontram-se a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) designou a CIF como o modelo universal projetado para integrar os modelos individuais e sociais de incapacidade para todos, independentemente da idade e da condição de saúde. A CIF define condições de saúde como “doença (aguda ou crónica), desordem, lesão ou traumatismos... podendo também incluir outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, o *stress*, anomalias congénitas, ou predisposição genética” (DGS , 2004)

A CIF usa categorias, em saúde e nos domínios relacionados com a saúde. Tem duas componentes, cada uma com códigos que refletem os diferentes aspetos. A parte 1 – Funcionalidade⁵ e Incapacidade⁶ – contém códigos para as funções e as estruturas corporais, atividades e participação e a Parte 2 – fatores contextuais, foca os fatores ambientais e pessoais. Na CIF, existe incapacidade quando há disfunção de um ou mais destes níveis (Hoeman, 2011).

Kearney and Pryor (2004) citado por Hoeman (2011), descreveram a CIF como um quadro conceptual útil com potencial para expandir a prática de enfermagem, reforçando nos enfermeiros a consciência das dimensões social, política, e cultural da incapacidade. Enquanto a CIF for utilizada e desenvolvida internacionalmente, cruzando disciplinas e contextos, os enfermeiros de reabilitação terão a oportunidade de colaborar com outros profissionais para continuar a avaliar e refinar, de modo a integrar melhor os conceitos do modelo social.

Com a nova conceptualização de funcionalidade baseada no International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (DGS, 2004), os aspectos mais positivos do indivíduo, passam a ser valorizados, com preocupação pelo bem-estar individual, e pela sua autonomia⁷ e participação. Assim a autonomia e participação é um aspecto central desta nova classificação de funcionalidade e consequentemente importante para avaliar os indivíduos que tem uma doença crónica como é o caso dos doentes com patologia neuromuscular.

A autonomia surge como conceito central na reabilitação, cuja ambição não é a reparação do corpo, mas sim o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência. Tal como é defendido por Cardol, Jong & Ward (2002), o espírito da

⁵ **Funcionalidade:** Segundo a CIF, a funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar (DGS, 2004)

⁶ **Incapacidade:** Da mesma classificação, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Funcionalidade vs Incapacidade, da mesma forma relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos. Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios (DGS, 2004)

⁷ **Autonomia na prática de enfermagem:** Hesbeen (2003) apoiado nos pressupostos elaborados por Malherbe (1994), considera que a autonomia se concretiza num processo pessoal e na relação com o outro, que deve respeitar determinados pressupostos: reconhecer a presença, a diferença e a igualdade dos outros; não dominar nem manipular o outro; assumir a nossa solidão, finitude, incerteza e cultivar os valores de solidariedade, dignidade e liberdade. Posto isto, a intervenção do enfermeiro deve basear-se numa lógica de parceria com o cliente, através de um processo de capacitação da pessoa na tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, num crescendo contínuo da autonomia.

reabilitação vai além da independência física, porque pessoas dependentes podem gozar de autonomia, e o inverso pode também aplicar-se. A equalização dos conceitos - autonomia e independência física – é uma visão redutora ao não serem consideradas a dimensão pessoal do conceito e as suas variações culturais e sociais. Por outro lado, centrar o processo reabilitativo na aquisição de autonomia física pode ser fonte de conflito na relação profissional-cliente. Diferentes perceções acerca das habilidades e capacidades necessárias para a interação social e para a qualidade de vida, conduzem à definição de objetivos diferentes no plano de reabilitação.

A avaliação da funcionalidade e autonomia de doentes com doenças crónicas prolongadas como é o caso da esclerose múltipla, é de extrema importância para perceber quais as possibilidades funcionais que estes doentes percecionam a sua funcionalidade, independentemente das avaliações dos danos ou incapacidades funcionais que os profissionais de saúde possam realizar. (Pedro & Pais-Ribeiro, 2008)

As AVD são capacidades básicas que é necessário possuir para cuidar de si próprio de forma independente. As avaliações incluem habitualmente o autocuidado (comer, vestir-se, tomar banho, “arranjar-se”, etc.) as transferências, a continência, e, na maioria dos casos, a locomoção. Estas atividades são hierarquizadas, desde funções básicas como comer até às de nível mais elevado, como subir escadas (Hoeman, 2011). Dentro dos instrumentos utilizados para a avaliação funcional e da incapacidade em unidades de reabilitação é a Escala MIF (Medida de Independência Funcional), que se destina a documentar a frequência e a gravidade da incapacidade de modo uniforme e fiável. Foi extensamente testada a sua fiabilidade, validade e sensibilidade, nomeadamente ao nível mundial bem como em Portugal. Centros de reabilitação de referência em Portugal utilizam a MIF como instrumento diário no planeamento e gestão de cuidados de reabilitação funcional.

Um estudo de Jensen, Abresch, & Carter (2005) com o objetivo de avaliar a confiabilidade e validade da aplicação da MIF em doentes com patologia neuromuscular e dor crónica, concluiu ser um instrumento eficaz na avaliação da independência nas AVD entre as diferentes patologias neuromusculares, por exemplo, demonstrando uma maior dependência de cuidados aos doentes com

Esclerose Lateral Amiotrófica⁸ (ELA) relativo a doentes com outras patologias neuromusculares estudadas. As metas de reabilitação devem ser traçadas em conjunto com o indivíduo e com a sua família. O início precoce do treino de Atividades de Vida Diária (AVD) constitui um poderoso estímulo à prevenção das perdas neuro-motoras. O ganho da independência da pessoa no seu autocuidado e nas suas rotinas diárias, favorece a vivência de um potencial produtivo, diminui os sentimentos de menos valia e diminui a baixa autoestima. As estratégias a adotar dependem das condições clínicas e das possíveis comorbilidades associadas à lesão medular (Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à saúde, 2012).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011), “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado (...) revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional”. O termo autocuidado utilizado num parecer da MCEER (Ordem dos Enfermeiros, 2012) sobre Atividades Vida Diária baseado na CIF (DGS , 2004), entendido este como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e intimas e as atividades de vida, atingindo assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação”.

A crescente prevalência das doenças crónicas, entre as quais as doenças neuromusculares, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, social e de saúde das sociedades. Em resposta a este facto, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem-se a si próprios em relação às AVD e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com mais eficácia os processos de saúde – doença. Uma forma eficaz de promover o cuidado de enfermagem é mediante a aplicação da Teoria do Défice do Autocuidado,

⁸ **Esclerose Lateral Amiotrófica:** Segundo Neal (2004) citado por Boylan (2011) é uma doença que envolve os neurónios motores superiores e inferiores, onde numa primeira fase envolve o tronco cerebral, a medula espinhal e o córtex cerebral. A diminuição da força muscular progressiva e devastadora leva à morte entre 3 a 5 anos após o diagnóstico.

respeitando os seus aspetos essenciais, pois, desse modo, os cuidados de enfermagem tornar-se-ão direcionados para as necessidades do utente, além de abordar os aspetos holísticos do cuidar (Sampaio, Aquino, Araújo, & Galvão, 2007). O seu pressuposto é que todos os indivíduos têm potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Orem define o conceito base da sua teoria, o *Autocuidado* como o desempenho de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Esta teórica define ainda *Ação de Autocuidado* como a capacidade humana para o indivíduo realizar autocuidado, sendo afetada pelos *fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos* (Orem, 2001).

Orem identifica cinco métodos de ajuda (George, 2000): 1) agir ou fazer para outra pessoa; 2) guiar e orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar. Quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo em autocuidar-se, surge um défice de autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo.

Segundo Petronilho (2012), Orem propõe cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem: Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até que o doente não necessite de cuidados de enfermagem; Determinar se e como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem; Responder às solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro; Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (e às pessoas significativas) numa perspetiva de enfermagem; Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários.

O modelo de autocuidado de Orem tem como foco o autocuidado, enfatizando a independência da pessoa na realização do mesmo. O papel do EEER é ajudar a

pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado, reconhecendo as influências do meio interno (biológicas) e do meio externo (sociais, culturais, económicas, etc.). O objetivo último é a independência da pessoa no seu autocuidado. O EEER munido do conhecimento das intervenções a executar, avaliando corretamente a pessoa e a família, diagnosticando os défices de autocuidado e instaurando um sistema de enfermagem adequado para preencher as necessidades de autocuidado, atentando às características pessoais da pessoa e da família e do meio que o rodeia ajuda a pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado. O EEER possui um papel de relevo na equipa multidisciplinar que acompanha o processo de adaptação da pessoa com patologia neuromuscular ao seu estado e condição de saúde, em constante evolução e mutação. Ao ter a visão única da globalidade da pessoa, das suas necessidades do dia-a-dia, tem um papel de educador e facilitador do processo de aprendizagem e motivação para o processo de reabilitação.

Assim, o Problema Geral encontrado foi: **"Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover o autocuidado na pessoa e família com patologia neuromuscular"**. Para este problema foram definidos um objetivo geral e 2 objetivos específicos comuns, 4 objetivos específicos de área temática e 2 objetivos complementares.

Como objetivo geral defini:

Desenvolver competências científicas, técnicas, e humanas na área da enfermagem de reabilitação no cuidar do utente e família com patologia neuromuscular promovendo o autocuidado nas Atividades de Vida Diárias.

De salientar que esta divisão não é inteiramente estanque, sendo que poderão ocorrer oportunidades de desenvolver atividades referentes a qualquer um dos objetivos em qualquer dos campos de estágio, embora tal não seja expectável. Os objetivos específicos definidos são os seguintes:

Objetivos específicos comuns (Oa)

Oa.1 Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.

Oa.2 Realizar uma análise crítica e construtiva ao longo do processo de formação, através de um relatório de estágio relativo à aprendizagem desenvolvida ao longo do período de estágio

Objetivos Específicos Área temática (Ob)

Ob.1 Identificar os défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Ob.2 Planear cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Ob.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseado no método científico do processo de enfermagem, que promovam o autocuidado à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular, envolvendo a família.

Ob.4 Promover a participação e integração social ativa da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Objetivos Específicos Complementares (Oc)

Oc.1 Desenvolver conhecimentos específicos sobre reabilitação funcional respiratória.

Oc.2 Desenvolver plano de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.

Oc.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseado no método científico do processo de enfermagem, à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.

Este relatório apresenta-se como elemento de avaliação e será alvo de discussão pública para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Este encontra-se dividido em duas partes: a primeira relacionada com o percurso realizado no desenvolvimento das competências e a segunda com a autoavaliação do percurso formativo.

Na primeira parte, é realizada uma descrição das atividades desenvolvidas, enquadrando as mesmas nos objetivos definidos, elaborados com a finalidade de

desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEER. À descrição segue-se a análise crítica e reflexiva das experiências vividas e o modo como as mesmas foram determinantes para desenvolver as competências desejadas e atingir os objetivos propostos. Na segunda parte é realizada uma avaliação do percurso efetuado, os aspetos positivos e os aspetos negativos desse mesmo percurso, assim como, a forma como as competências desenvolvidas são fundamentais na melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados na minha prática diária, ou seja, como o saber acumulado neste percurso formativo, e consequente qualificação académica/formativa, servem para uma prática de excelência de cuidados, atenta, reflexiva e mais competente que dê resposta às necessidades da sociedade.

1 - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UMA CONSTRUÇÃO FUNDAMENTADA

A reabilitação é considerada uma especialidade multidisciplinar⁹, a qual compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas em situação de doença aguda, doença crónica, ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência (Gomes, Rocha, M., & Gonçalves, 2014). O período de prática clínica, em contexto de ensino clínico, sobre o qual se debruça este relatório compreendeu as duas experiências de estágio já mencionadas: a primeira com a duração de 9 semanas de prestação de cuidados e a segunda com a mesma duração de cuidados, num total de 18 semanas (período de 29/09/2014 a 13/02/2015). Este período de estágio foi abundante em oportunidades e experiências de aprendizagem. Não sendo possível transmiti-las todas neste relatório, baseio-me perante as mais importantes, no ponto de vista de desenvolvimento das competências comuns e específicas.

As reflexões realizadas durante o contexto prático serão o meu guia de orientação para a descrição, reflexão e avaliação, mas também para a reformulação do percurso que foi necessário construir em termos de atividades desenvolvidas. No entanto, também se pretende que estas vão ao encontro da aquisição de competências comuns do Enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b).

De modo a adquirir as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) desenvolvi ao longo de todo o período de estágio a minha prestação de cuidados de forma ética, procurando o consentimento informado da pessoa e família, centralizando neles o meu cuidado, para atingir a autonomia dos clientes. De facto, o respeito pelos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, igualdade, honestidade e justiça são as pedras basulares do exercício profissional de enfermagem, constituindo a base do seu

⁹ **Multidisciplinar:** O termo multidisciplinar refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios (Neves, 2012)

código deontológico inscrito no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Estando adaptados na minha prática de enfermagem diária, obtive a sensação de apenas necessitar de reflexão para *discernir* como eles se refletem na prática do EEER, revestindo-se de novos desafios e experiências de forma a dar resposta aos desafios decorrentes do cuidado especializado.

1.1 Descrição das atividades desenvolvidas baseado nos objetivos propostos

Perante os objetivos estruturados e previstos por mim, elaborei um conjunto de atividades que foram planeadas e organizadas, no sentido de atingir os objetivos definidos e o desenvolvimento das competências preconizadas para o EEER pela Ordem dos Enfermeiros (2010a). O seu planeamento, calendarização e estruturamento encontram-se no Apêndice 1 deste relatório. Desta forma, vou expor a descrição das mesmas atividades no contexto do ensino clínico realizado, a maneira como foram desenvolvidas, as intercorrências previstas e não previstas, as dificuldades experienciadas e os desafios e barreiras que me levaram ao desenvolvimento de outras atividades que não estavam previstas/planeadas. Para melhor compreensão, a descrição segue uma linha orientadora conforme os objetivos (comuns, temáticos e complementares) propostos por ordem alfanumérica.

Atividades desenvolvidas na consecução do Oa.1

Conforme o planeamento das atividades, no dia 21-05-2014 realizei uma visita ao centro de reabilitação onde decorreu o primeiro período de ensino clínico, tendo sido possível reunir com a Enf^a. Supervisora do CMRA (em representação da Sra. Enf^a. Diretora) que deu a conhecer alguns dados importantes sobre a instituição, assim como parte do espaço físico da mesma. Em seguida, fui acompanhado ao serviço que seria o meu local físico e específico de estágio, tendo sido apresentado formalmente à enfermeira chefe, onde me foi apresentada a equipa de enfermagem (especialistas e generalistas) e, inclusive a minha possível EEER orientadora (que no início dos trabalhos do ensino clínico acabou por ser outro colega EEER da equipa) no qual comecei por partilhar os meus objetivos e atividades que tinha construído no projeto de formação. No dia 11-06-2014 reuni com o Enf^o. Coordenador da UCC – *Albus Petra* (na qual pertence a ECCI) que em simultâneo viria a ser o meu EEER orientador no ensino clínico, onde tive a

oportunidade de conhecer a equipa da ECCI bem como os restantes elementos da UCC, as suas instalações e a sua dinâmica de trabalho. Em ambos os campos de ensino clínico entreguei uma cópia do meu projeto de estágio aos meus orientadores de estágio, juntamente com uma apresentação informal do mesmo, salientando os objetivo geral, as linhas orientadoras bem como as atividades previstas para cada local.

Ao longo das 3 primeiras semanas de cada período de ensino clínico e seguindo a calendarização prevista em cronograma, foi possível conhecer a dinâmica e funcionamento da equipa multidisciplinar, assim como o método de trabalho das equipas de enfermagem e a organização da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados pelos EEER orientadores. Foi ainda efetuada a consulta de manuais de procedimentos, protocolos de serviço e instrumentos de avaliação utilizados nas práticas diárias

A escolha do campo de ensino clínico define e limita, parcialmente, o decorrer do próprio momento de formação, uma vez que possibilita, na sua estrutura organizacional, uma resposta institucional muito própria aos objetivos definidos. No sentido de compreender a implicação nos cuidados de EEER prestados é efetuada uma descrição genérica da instituição, da sua organização.

A unidade de saúde CMRA, especializada em reabilitação, engloba vários departamentos/unidades, com diversas finalidades no âmbito do plano de reabilitação global da pessoa. Assim sendo, as disciplinas englobadas na reabilitação da pessoa, além da Enfermagem de reabilitação e generalista, são: Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social e Fisiatria. De salientar que, para além do internamento de agudos (3.a), desenvolvi atividades e desenvolvimento de competências na Unidade de AVD, que se caracteriza pela avaliação, planeamento e treino da pessoa com limitação ou incapacidade, bem como o estudo de produtos de apoio que contribuam para uma autonomia. Para melhor compreensão da importância desta unidade, realizei um Jornal de Aprendizagem (Apêndice 4) que resume a importância das atividades desenvolvidas com um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação que é da capacitação da pessoa para o autocuidado, atingindo, assim um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo, à atividade e participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Atividades desenvolvidas na consecução do Oa.2

As atividades realizadas para o alcance da Oa.2 são a realização deste relatório de estágio, conforme o planeado no Projeto de Formação (Apêndice 2), reuniões com EEER orientador e professor orientador nos campos de estágio, realização de Planos de Cuidados através dos processos de enfermagem (Apêndice 3), bem como jornais de aprendizagem (Apêndice 4).

Atividades desenvolvidas na consecução do Ob.1

Nos dois locais de estágio prestei cuidados globais de reabilitação, pelo que diariamente realizei os registos de enfermagem, em formulários próprios da instituição, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e na plataforma da RNCCI, e participei na transmissão de ocorrências. Além dos registos relativos às intervenções de enfermagem de reabilitação, participei na continuidade de projetos institucionais e programas de prestação de cuidados na área da qualidade (ex. avaliação do risco de quedas e úlceras de pressão), através da aplicação de instrumentos de avaliação e de medida adequados e da instituição das medidas preconizadas de acordo com o nível de risco calculado.

Os défices identificados na literatura associados ao diagnóstico de patologia neuromuscular prendem-se com défices de autocuidado nas AVD. Para compreender as limitações e restrições nas PNM, elaborei um quadro de manifestações, localização, limitação das atividades e restrições, baseado no Orsini (2012).

Limitações e restrições nas PNM

Órgão	Agravamento (geralmente progressivo)	Limitação das atividades	Restrições
Musculoesquelético	Diminuição da força e resistência	Diminuição do desempenho motor Diminuição da mobilidade Diminuição da função dos membros superiores Aumento da fadiga	Diminuição da mobilidade comunitária Diminuição das oportunidades educacionais Diminuição das oportunidades de emprego Aumento da dependência
Osso e articulação	Contraturas articulares Escoliose	Diminuição da função para a mobilidade e AVD Dor e deformidade	Diminuição da qualidade de vida
Pulmões	Diminuição da função pulmonar	Diminuição da resistência Aumento da fadiga	
Coração	Cardiomiopatia Defeitos de conduções	Diminuição das adaptações cardiopulmonares Diminuição da resistência Aumento da fadiga	
SNC	Diminuição da capacidade intelectual	Diminuição da habilidade de aprendizado Diminuição de ajustamento psicossocial	

SNC: sistema nervoso central; AVD: atividades de vida diárias
 Quadro1. Limitações e Restrições nas PNM

Desta forma, tomei conhecimento que no CMRA, o método de prestação de cuidados de enfermagem é o de Enfermeiro Responsável, sendo que este é o enfermeiro de referência da pessoa, no decorrer do internamento, desde a admissão até ao momento do regresso à comunidade. O plano de cuidados que segue a linguagem do modelo teórico de Nancy Roper pela colheita de dados e pela elaboração da carta de transferência e contacto com o enfermeiro da comunidade, na altura do regresso à comunidade. Para identificar as alterações de funcionalidade nas pessoas de quem prestei cuidados de enfermagem de reabilitação apliquei instrumentos de avaliação como a MIF é composta por 18 itens que mede as capacidades de autocuidado, de controlo de esfíncteres, de transferências, de locomoção, de comunicação e cognitivas. A medida é usada para estabelecer critérios de admissão, de alta e de manutenção dos ganhos da reabilitação.

A avaliação neurológica da pessoa com PNM constitui para o EEER um ponto de partida para um adequado diagnóstico, planeamento e intervenção. A minha prioridade na recolha de informação teve em conta a situação imediata da pessoa e as suas necessidades, sendo que “uma correta neuroavaliação das alterações, ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da

Reabilitação” (Menoita, 2012). Para completar uma correta avaliação dos défices utilizei instrumentos de avaliação, como escalas de: Escala de *Berg*, Escala de Glasgow Escala de Morse, Escala de *Braden*, escala de *Lower* e a Escala de *Ashword* modificada.

Uma das intervenções não planeadas foi o conhecimento, aplicação e exploração da Escala modificada do Índice de *Barthel* modificado bem como a NIHSS¹⁰.

Atividades desenvolvidas na consecução do Ob.2 e Oc2

Ao reconhecer as diferenças individuais, a etapa de planeamento foi facilitada e ao mesmo tempo estruturada. No estabelecimento da relação terapêutica foram fornecidas ferramentas à pessoa e família que permitissem a participação ativa na designação de objetivos realizáveis e reais, através de intervenções exequíveis, para as quais a pessoa estivesse inteiramente motivada, respeitando a sua autonomia. Ao estar a trabalhar o meu projeto de formação pessoa em uma instituição vocacionada para a reabilitação global (como o caso da CMRA), bem como em uma unidade com vocação para uma realidade na comunidade (como a ECCI), acabou por ajudar o planeamento das atividades, da mesma forma, a ajuda inestimável dos EEER orientadores, que me ajudaram a navegar através dos desafios que as prestações dos mesmos cuidados me colocavam. O planeamento foi enquadrado nos sistemas de enfermagem, tal como definidos por Orem (2001), de acordo com as áreas de défice de autocuidado identificadas.

Neste contexto único, cuidar da pessoa e família com vista à promoção do autocuidado implica avaliar cada situação como única, atuar em função da autonomia e da necessidade de autocuidado da pessoa e conhecer os fatores condicionantes do contexto domiciliário, pelo que, a intervenção do EEER assume uma importância vital, dado que ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

¹⁰ **Escala NIHSS:** é um instrumento de uso sistemático que permite uma avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados com o AVC. Atualmente, a escala é utilizada na fase aguda do AVC como guia terapêutico e na previsão do prognóstico do doente (Ribeiro, 2013).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. Exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. É expressa com os seus pressupostos, as suas ideias centrais e suas suposições que constituem as orientações para o planeamento. Quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, surge um défice de autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo (Petronilho, 2012). Assim, a pessoa incapaz de se envolver no seu autocuidado necessitava de recurso a um sistema totalmente compensatório (*Wholly Compensatory Systems*), em que o EEER executa o cuidado. Quando a pessoa era capaz de executar parcialmente o autocuidado era utilizado um sistema parcialmente compensatório (*Partly Compensatory Systems*), em que o EEER e a pessoa, ambos participam na realização do autocuidado. O terceiro e último sistema de apoio e educação (*Supportive-Educative Systems*), assenta no ensino e orientação do autocuidado por parte do EEER, à pessoa que o executa, assistindo na forma como ultrapassa barreiras e dificuldades sentidas, incrementando a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento. Ocorre nas situações em que a pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazer sem assistência. O planeamento envolveu estratégias sólidas para ajudar nestas situações, que incluem combinações de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.

Atividades desenvolvidas na consecução do Ob.3, Oc.1 e Oc.3

Para atingir o Ob.3 foi necessário consolidar conhecimentos teóricos, práticos e científicos, nomeadamente, com o saber acumulado na frequência das unidades curriculares dadas, ao longo do primeiro e segundo semestre deste curso. Estes conteúdos teórico-práticos foram importantes no desenvolvimento de conhecimento humanos, técnicos e científicos sobre as principais alterações neuro-motoras, sensório-motoras e alterações respiratórias (comprometimento dos músculos respiratórios, acumulação de secreções, tosse ineficaz, diminuição da ventilação pulmonar), bem como alterações cognitivas, de eliminação e sexualidade.

Na fase da elaboração do projeto de estágio (Apêndice 2), foi ainda necessário realizar uma consulta adicional de bibliografia pertinente ao tema do projeto, tais como, livros, artigos em revistas e trabalhos acadêmicos, assim como, pesquisar na base de dados EBSCO (Medline, Cinahl) para aceder a evidência científica atualizada. Visto que as pessoas de quem prestei cuidados em contexto de ensino clínico ofereceram um conjunto tão variado de condições clínicas, a consulta e a pesquisa bibliográficas foram continuadas ao longo de todo o 3º semestre, tal como a calendarização prevista no cronograma do planeamento das atividades. Ainda assim, para atingir este objetivo recorri ao saber acumulado pelos enfermeiros orientadores, assim como a documentos presentes e disponíveis nos locais de estágio que forneceram subsídios importantes na solidificação dos conhecimentos teóricos. Esta atividade não estava prevista no planeamento do projeto de estágio.

No primeiro período do campo de ensino clínico (no CMRA), após as primeiras semanas de estágio foi possível, em conjunto com o EEER orientador, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório com vista à melhoria das funções residuais e/ou limitadas pela sua condição clínica, prevenindo complicações e incapacidades. Conforme já mencionado, no local onde decorreu o primeiro período de ensino clínico, eram internados utentes com PNM e também utentes com AVC, pelo que tive a oportunidade de planear, implementar, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de reabilitação quer a pessoas com PNM quer com AVC. No segundo período de ensino clínico (Na ECCI), tendo em conta o treino e a prática de cuidados já desenvolvida no primeiro, foi mais simples e rápida a integração das técnicas de reabilitação no contexto global de cuidados. No local onde decorreu o segundo período de estágio, as condições de saúde das pessoas já eram mais heterogenea, conforme já descrito anteriormente, pelo que as experiências de aprendizagem foram muito diferenciadas.

Desta forma pude realizar as seguintes intervenções de Enfermagem Reabilitação:

Intervenções de enfermagem realizadas à pessoa com alterações sensório-motoras:

- Mobilizações articulares e de fortalecimento muscular: passivas, ativas assistidas e ativas (automobilizações), estas, conforme a avaliação dos défices de autocuidado da pessoa;
- Mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular numa utente que esteve internada por luxação da articulação clavícula-umeral com tratamento conservador;
- Mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular num utente com sofreu amputação cirúrgica por complicação neuro-isquémica do membro inferior causada por diabetes descompensada;
- Posicionamentos terapêuticos em doentes com afeções neurológicas (ex: AVC);
 - Treino de equilíbrio estático e dinâmico (em casos em que era possível);
 - Treino de posição ortostática estática e dinâmica (*Standing Frame*, posição de pé nos pés da cama, por exemplo no autocuidado vestir-se) e correção postural em frente a espelho quadriculado móvel;
 - Levante e transferências com e sem tábua: cama/cadeira de rodas/cama, cama/cadeira de duche/cama, cadeira-de-rodas/assento do carro (ajustes na cadeira de rodas: comprimento e angulação da base de apoio dos pés; seleção da cadeira de rodas: manual, elétrica, com e sem apoio de braços, reclinável);
 - Treino de marcha com auxiliares de marcha (canadianas, pirâmide-tripé, andador, bastão e bengala) e com prótese no membro inferior;
 - Treino de subir e descer escadas;
 - Treino de AVD: higiene (lavar a cara, dentes, maquilhagem, barbear e banho total), vestir/despir (parte de cima, parte de baixo, calçado) e alimentação (líquidos, sólidos e pastosos, administração de espessante);
 - Atividades terapêuticas no leito e colchão: *long sitting*, ponte, rolar, gancho, carga no cotovelo;
 - Colocação de tala pneumática no membro superior parético da pessoa com AVC durante outras atividades do autocuidado/AVD;
 - Exercícios de reabilitação sensorial e cognitiva e treino de motricidade fina;
 - Estimulação propriocetiva da pessoa com AVC em cadeira de baloiço;

- Aplicação de instrumentos e escalas de avaliação (MIF, MMS, Escala de *Berg*, Escala de Glasgow Escala de Morse, Escala de *Braden*, escala de *Lower* e a Escala de *Ashword* modificada);
- Avaliação neurológica na pessoa com AVC, inclusive avaliação dos pares cranianos;
- Avaliação neurológica na pessoa com PNM.

Intervenções de enfermagem realizadas à pessoa relacionada com a intolerância à atividade e fadiga (relacionado com reeducação funcional respiratória):

- Avaliação do padrão respiratório, auscultação dos campos pulmonares, avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura auricular e saturação periférica de oxigênio) e de meios complementares de diagnóstico (plestimografia e radiografia de tórax);
- Ensino, instrução e treino de exercícios respiratórios: consciencialização e controlo da respiração; dissociação dos tempos respiratórios; reeducação da hemicúpula diafragmática bilateral (inspiração e expiração); Reeducação costal seletiva bilateral e global com/sem bastão;
- Ensino de exercícios e técnicas de conservação de energia, como respiração com os lábios semicerrados.
- Ensino na realização das AVD do autocuidado na posição e momento respiratório com menor gasto de energia.
- Ensino da tosse para limpeza das vias aéreas: tosse assistida e tosse dirigida;
- Aspiração mecânica de secreções;
- Manobras acessórias: percussão, vibração e compressão;
- Utilização de dispositivos auxiliar (espirómetro de incentivo);
- Avaliação final do padrão respiratório, auscultação dos campos respiratórios e saturação periférica de O₂.

As intervenções descritas foram desenvolvidas utilizando o processo de enfermagem como método científico de trabalho, conforme os processos de enfermagem no Apêndice 3. Os processos de enfermagem elaborados, assim como os planos de cuidados, foram comunicados e discutidos com os EEER orientadores.

Além destas intervenções, foi também realizado consultas do processo clínico dos utentes e respetivos planos de cuidados e visita aos vários departamentos no CMRA como o ginásio, piscina, Lokomat® (treino de marcha através de robot que suporta o peso corporal da pessoa, que tive oportunidade de visitar quando, uma utente por mim seguida, foi realizar a sessão com o fisioterapeuta), sala de realização dos Estudos Urodinâmicos e sala de realização de provas da função respiratória.

A capacidade para assumir o controlo da eliminação verificou-se fundamental na motivação da pessoa com PNM, desta forma, conforme os PE descritos no Apêndice 3 deste relatório, assim devolvendo-lhe independência e autoestima, bem como renovada perspetiva de vida futura com o seu Eu reabilitado e rejuvenescido.

Um outro aspeto trabalhado em estágio foi o da sexualidade, especificamente, nas pessoas com PNM, sendo um assunto complexo e multidisciplinar, não deixa de ser um aspeto muito importante na vida da pessoa, sendo a manifestação de afeto e carinho, ligação ao outro e simultaneamente um imperativo biológico, fonte de prazer. Segundo Hoeman (2011), a disfunção sexual pode ser um sinal prematuro da doença em muitas pessoas, ainda que a natureza do problema pode levar os EEER a considerar que a disfunção sexual é uma prioridade menor no planeamento, as pessoas com PNM podem considerá-la muito importante e, por isso, é a perceção destes que determina o seu lugar entre as prioridades. Assim as minhas intervenções era no sentido de proporcionar à pessoa e companheiro/a um ambiente seguro e confidencial onde possam exprimir as suas preocupações, no mesmo sentido, ajuda especial, analgésicos, lubrificantes e próteses podem aumentar o conforto e a confiança. O encaminhamento para um especialista em disfunção sexual neurogénica, como um psicólogo, é também uma intervenção de extrema importância.

Estas atividades desenvolvidas e não previstas no projeto de formação foram importantes na minha aprendizagem, pelos subsídios e acrescentos na solidificação de conhecimentos teóricos. Dou particular relevância aos EEER orientadores que tanto deram deles próprios em função da minha aprendizagem.

Atividades desenvolvidas na consecução do Ob.4

Pela sua importância que teve no meu percurso, vou enumerar as intervenções de enfermagem na Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária a equipa de Enfermagem do CMRA, especialistas em Enfermagem de Reabilitação, presta cuidados a utentes internos e externos com o principal objetivo de avaliar e treinar os utentes na execução das suas atividades da vida diária, otimizando a sua autonomia. Estas intervenções compostas por: a) Admissão do utente no departamento: entrevista ao utente e família (a família podia acompanhar e era incentivada a fazê-lo), ler notas de admissão/score MIF e registos dos cuidados prestados; identificação de barreiras arquitetónicas domicílio: desenho de wc; sugestão de alterações (obras); fornecer panfletos WC existentes; troca de mail com familiar para fotos e dúvidas; b) Treino AVD: vestir/despir, pentear, barbear, maquilhagem, escovar os dentes, simulação entrar na banheira e sentar na sanita, utilizando o alteador de sanita (2 tamanhos), tábua e cadeira de banho; c) Demonstração e treino com os seguintes produtos de apoio e dispositivos de compensação: dispositivo em S, abotoador de botões, engrossador de cabo, calçadeira de sapatos, calçadeira de meias para doentes com lesões vertebro-medulares e AVC, cadeira de rodas, andarilho, tripé, canadiana, bastão; d) Ensino ao cuidador/família: transferências CR/cama e cama/CR, CR/banheira/sanita, medidas de segurança, estimular independência nas AVD.

Conforme o jornal de aprendizagem do serviço de AVD (Apêndice 4), onde no início tive a oportunidade de observar uma reunião familiar, neste caso um utente com 73 anos que sofreu uma Lesão vertebro-medular manifestado por paraplegia bilateral dos MI à cerca de meio ano. Era divorciado, antes do acidente estava numa casa alugada onde vivia sozinho, tinha 2 filhas que moravam num raio de cerca de 10km entre elas e utente. Descrevendo a reunião: estavam presentes o médico fisiatra (gestor do processo de reabilitação durante o internamento), a EEER do internamento, a EEER do serviço de AVD, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional, a psicóloga e a assistente social – juntamente com o utente e as duas filhas e genro. E então foi interessante estar presente numa reunião multidisciplinar em que cada elemento\profissional responsável pelo processo de reabilitação expunha o nível de funcionalidade do utente perante a família. O objetivo geral da reunião (cerca de 2 semanas para alta) para onde iria o utente após a alta? – Domicílio com apoio social no domicílio? Para casa da filha mais velha? Para casa da filha mais nova e genro?

Para unidade de cuidados continuados de média/longa duração? – Verifiquei que a família a família estava ansiosa para quando esse dia chegasse (pois o utente tinha estado internado num hospital central, distrital zona de residência e CMRA), e então no início estiverem atentos às avaliações dos profissionais envolvidos, mas depois apenas estavam preocupados para onde ele ia viver.

No futuro, é importantes os EEER serem importantes decisores do planeamento de inclusão e não só, com bastante eficácia e vantagens na continuidade de cuidados. Uma das competências do EEER preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010b) é o de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, onde demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.

A equipa de EEER no SRA possui documentação própria para a comunicação efetiva entre profissionais de diferentes instituições, garantindo que toda a informação relevante é transmitida de forma correta e inequívoca. Desta documentação consta a Carta de Alta que contém todos os cuidados que se pretendem, para além da informação relevante sobre a evolução da pessoa no seu programa de reabilitação. Existe ainda um documento de orientações gerais que é personalizado à medida das necessidades para cada pessoa em particular, servindo de apoio à mesma e à família no domicílio/comunidade. Além da carta de alta/transferência de enfermagem, o contacto com o enfermeiro da comunidade era realizado por via telefónica, sempre que possível.

Durante este primeiro período de ensino clínico, tive a oportunidade de acompanhar uma utente com PNM em todos estes procedimentos de preparação para o regresso à comunidade, por colaborar na elaboração da carta de transferência, no ensino dirigido à pessoa e marido para o autocuidado e na preparação dos produtos de apoio prescritos pelo EEER responsável. Neste utente o contacto com a comunidade foi através de uma associação benemérita/IPSS ligado à patologia central da cliente, instituição esta que já colaborava com a cliente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b), uma das competências do Enfermeiro de reabilitação é o de Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, atingindo,

assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação social.

A população alvo das ECCI são todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social. Os grupos-alvo de cuidados englobam: Pessoas com dependência funcional; Pessoas idosas com critérios de fragilidade; Pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente; Pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal. No planeamento multidisciplinar das atividades da ECCI para os utentes inseridos na RNCCI decorreu uma reunião mensal com as Coordenadoras dos parceiros sociais, nomeadamente, assistentes sociais das IPSS englobadas na região de ação da ECCI. A equipa de enfermagem da ECCI reúne mensalmente com responsáveis das IPSS envolvidas na zona de abrangência de maneira a colaborarem entre si, uniformizar atividades e procedimentos. É importante este tipo de cooperação entre parceiros sociais e os intervenientes das equipas de saúde, de maneira a garantir qualidade e acessibilidade de cuidados de saúde à comunidade. A equipa de enfermagem anualmente estabelece planos de formação estruturados para colaboradores das IPSS que prestam apoio domiciliário, onde estabelecem planos de formação, de forma, a incorporarem todas as instituições da região demográfica da UCC.

No meu contexto de trabalho, encontro-me na “fronteira” entre cuidados diferenciados e cuidados na comunidade, pois apesar de ser um contexto de cuidados médicos especializados, é também uma porta aberta para a comunidade, e como uma das competências dos EEER é promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, de forma a colaborar de forma ativa com parceiros de responsabilidade política e social, nomeadamente sobre estruturas e equipamentos sociais e da comunidade.

2.2 Prática reflexiva e participação crítica nas atividades desenvolvidas

Um dos objetivos fundamentais deste relatório relaciona-se com a confirmação do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas

com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). O Enfermeiro Especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de competências comuns, no entanto, concomitantemente desenvolvem um conjunto de competências específicas relacionadas com o campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Seguidamente apresento a análise do grau de desenvolvimento das competências comuns e específicas que recairá em dois modos: como e de que modo as atividades e as estratégias selecionadas foram elementares no meu desenvolvimento destas mesmas competências.

São quatro os domínios de competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

A- Responsabilidade profissional, ética e legal;

B- Melhoria contínua da qualidade;

C- Gestão dos cuidados;

D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências do domínio da A- Responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), considero que foram desenvolvidas pelo meu desempenho ao atingir os objetivos específicos definidos. Estas competências são as seguintes:

A.1) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A.2) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O desenvolvimento deste domínio de competências reflete-se num exercício seguro, profissional e ético. Ao longo das atividades desenvolvidas, em contexto de ensino clínico, pautei a minha atuação pelo respeito pelos direitos humanos e pelas preferências do utente e família, tendo por quadro de referência uma conceção da prática de cuidados centrada na pessoa cuidada e família.

Os jornais de aprendizagem (Apêndice 4) e os Processos de Enfermagem (Apêndice 3) de reabilitação sinalizam situações de cuidados em que revelo a preocupação pelo respeito do direito à autonomia e à autodeterminação, mesmo em situações de cuidados em que a opinião da equipa, e a minha, eram contrárias à do utente. Uma das situações que vivenciei no segundo período de ensino clínico (ECCI), é quando um utente não recusa o programa de reabilitação planeado pelo EEER da ECCI e por mim formalmente, mas sim, sente-se pouco motivado para o programa de reabilitação. O utente permitia a visita do EEER porque não pretendia deixar de beneficiar de cuidados de enfermagem generalista e alguns especializados. Segundo o Artigo 81º dos Valores Humanos do Código Deontológico, na alínea e), o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015), por outro lado, o respeito pela autonomia refere-se à liberdade de cada pessoa para escolher para si própria planos de intervenção de cuidados de enfermagem que façam sentido ao seu projeto de vida e condição de saúde. Neste caso particular, constatei que o EEER orientador, reservava algum tempo em cada visita domiciliária para o utente partilhar dúvidas e preocupações, neste contexto o utente era informado sobre alguns dados importantes sobre a sua história de vida. Segundo o 82º Artigo do mesmo código o enfermeiro assume “o dever de respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa, bem como participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A preocupação por um exercício profissional seguro, nas dimensões ética e deontológica, refletiu-se ainda nas estratégias e atividades utilizadas, quer por proteger a identificação do utente quer por zelar pela confidencialidade e sigilo profissionais, nos trabalhos de ensino clínicos apresentados.

As competências do domínio da B.-Melhoria contínua da qualidade são as seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

B.1) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B.2) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B.3) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

As atividades desenvolvidas na aquisição dos Ob.1, Ob.2, Ob.3, Ob.4, Oc.1, Oc.2 e Oc.3, conforme o planeamento das atividades descritas anteriormente, tornaram possível o desenvolvimento das competências incluídas neste domínio.

A prática baseada na evidência é condição essencial para uma atuação de qualidade, pelo que o meu desenvolvimento nesta área através de pesquisas em bases de dados e a constante busca de conhecimento teórico, técnico e científico auxiliaram-me no desenvolvimento da competência B.2. O conhecimento adquirido na Unidade Curricular: Investigação em Enfermagem (1º Semestre deste curso) foi indispensável para a consciencialização da importância da prática baseada em evidência a aplicação deste saber na prática do ensino clínico fez emergir uma mudança no meu juízo clínico como enfermeiro de reabilitação, pois compreendi a importância de valorizar não só a evidência científica, mas também a evidência que provém de outras fontes, nomeadamente, da minha prática profissional, dos colegas de equipa, dos outros elementos (de outras disciplinas) da equipa de reabilitação, do conhecimento da própria pessoa cuidada e cuidador e do contexto. A aplicação de escalas e outros instrumentos de medida na prática diária durante o período de ensino clínico permitiu-me identificar, padronizar e ao mesmo tempo individualizar, reais e potenciais alterações nas pessoas de quem cuidei. Os resultados das avaliações realizadas eram importantes para orientar o programa de reabilitação a efetuar conforme os PE (Apêndice 3) realizados ao longo dos ensinos clínicos. Primordialmente, aprendi a atribuir importância a esta forma de avaliação, pouco presente na minha prática profissional diária até então, visto que reconheço o seu papel na definição de diagnósticos de enfermagem, assim como, na seleção das intervenções adequadas. Tendo em conta que algumas dessas escalas (Apêndice 3) são mais específicas para a área especializada de enfermagem de reabilitação, passei a incorporá-las na minha prática diária, dando assim relevância e visibilidade às minhas intervenções, junto dos pares, utente e família. Neste contexto, a aplicação destes instrumentos de avaliação tornou possível avaliar a qualidade e a eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em todas as suas fases: planeamento, execução e avaliação, visando uma avaliação nas vertentes de

Estrutura, Processo e Resultado, imprescindível ao desenvolvimento da competência comum B.2.

As estratégias utilizadas estiveram relacionadas com a vigilância do utente que estava sob os meus cuidados, o ensino das medidas de segurança, quer ao próprio quer ao cuidador, a aplicação dos princípios de ergonomia e, até mesmo, na intervenção junto de associações prestadoras de cuidados no domicílio. Como exemplo refiro uma situação de cuidados a um utente com tinha sofrido um AVC em contexto de cuidados domiciliários, em que o programa de reabilitação criado por mim e pelo EEER, consistia e incluía, entre muitas outras atividades, o treino de marcha com ajuda técnica de um andarilho ao longo das divisões da casa. Uma das minhas intervenções junto da cuidadora informal (esposa) e cuidadores de uma IPSS foi de ensinar e avisar na importância de eliminar barreiras arquitetónicas ao longo do domicílio que colocavam em risco de queda do utente durante as atividades, AVD, entre outras. Este evento foi bastante importante na minha aprendizagem porque consegui compreender a relevância da intervenção do EEER como consultor e formador de outros profissionais que cuidam de utentes em situação de dependência, no contexto domiciliário. Deste modo, penso ter cumprido o domínio B.3 da competência comum.

As competências do domínio da C. Gestão dos cuidados incluem (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

C.1) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C.2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

As atividades desenvolvidas e aplicadas para alcançar os objetivos Oa1, Ob1, Ob2, Ob3, Ob4, Oc1, Oc2 e Oc3 (todas exceto a Oa2) foi possível conhecer e adaptar-me a cada equipa de enfermagem, assim como gerir os cuidados de enfermagem no local onde estava a desenvolver a aquisição de competências. No Oa1, grande parte das tarefas foi no sentido da gestão dos cuidados, no sentido de otimizar a resposta da equipa de enfermagem, bem como no Ob2 e Oc2 a importante enquadramento e articulação na equipa multidisciplinar, nomeadamente na colaboração com os EEER orientadores sobre o planeamento dos programas de

reabilitação de utentes que estavam a meu cuidado, da mesma forma que outros profissionais (no caso do PE nº3 – Apêndice 3) como foi o caso de fisioterapeutas e assistentes sociais, me solicitaram a minha disponibilidade e o meu conhecimento particular do utente que estava a meu cuidado. No primeiro local de estágio, inclusive, cheguei a participar em uma reunião multidisciplinar de objetivos de reabilitação, composta pelo EEER responsável pelo utente, uma fisiatra, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social, esta reunião tinha como propósito estabelecimento de programas de reabilitação direcionados e exequíveis, mediante a opinião técnica de cada profissional, como por exemplo o facto de se ter realçado a importância do treino da subida e descida de escadas, pois a assistente social identificou que os domicílios dos cuidados informais (filhos) tinham degraus para ultrapassar.

Ao longo de todo o período de ensino clínico, tive o privilégio de acompanhar a gestão e a liderança dos EEER orientadores na equipa de enfermagem, tendo presenciado que o EEER é naturalmente reconhecido como um supervisor da qualidade dos cuidados prestados, como um consultor da pessoa. Neste contexto, tive outra aprendizagem relevante, no contexto do ensino clínico, em particular no contexto comunitário, está relacionada com a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados. Em contexto comunitário, eu e o EEER orientador pretendia-mos que o utente do PE nº3 do Apêndice 3, fizesse automobilizações para fortalecimento muscular dos membros superiores e o utente encontrava-se com poucos recursos económicos, então lembrei-me que em casa tinha uma “câmara de ar” de pneu de bicicleta, pelo que na seguinte visita eu e o EEER explicámos ao utente exercícios que poderia realizar com a “tal” ajuda de material de apoio improvisada, do mesmo modo e para o mesmo utente foi também utilizado um “pau de vassoura” que a filha do utente tinha encostado em uma arrecadação para servir de *baton* para exercícios de abertura intercostal na RFR. Ao utilizar o que o rodeia na reabilitação do utente, o EEER promove a racionalização de recursos e a otimização da qualidade dos cuidados, visto que observei ser mais eficaz a utilização de objetos do dia-a-dia num treino de reabilitação do que, por vezes, a dificuldade que se tem na aquisição de um novo produto de apoio para a pessoa.

As competências do domínio das D - Aprendizagens profissionais são as seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

D.1) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

D.2) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

As atividades desenvolvidas na consecução, essencialmente, dos objetivos Oa.2, Ob.1, Ob.2, Oc.1 e Oc2, foram essenciais no desenvolvimento das competências do domínio das aprendizagens profissionais, no campo D.1 e D.2 das competências comuns. A própria frequência deste curso permitiu-me avaliar a importância de guiar a minha prática de enfermagem pela investigação e pelo conhecimento produzido pela disciplina de enfermagem. A atividade primordial da realização do Oa.2, por si só responde por inteiro ao desenvolvimento da competência de D.2, no entanto entendi que a importância deste conhecimento possa ser transposto para a prática diária, assim como ser partilhado no meu serviço.

As atividades desenvolvidas para atingir o Ob.1 assim como a análise das estratégias utilizadas, foram decisivas em desenvolver a competência de D.1. O estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais com o utente e família estimularam a assertividade, no entanto, estive alerta para detetar situações potenciadoras de conflito na área das relações interpessoais, facto que evidenciei no Jornal de Aprendizagem 1 (Apêndice 4). Nesta situação os cuidadores (filhas) estavam ansiosas com o dia do regresso para a comunidade (domicílio das filhas de forma alternada), como comprova Frásquilho e Guerreiro (2009) em que “Os fatores geradores de stresse podem ser externos ou internos. Os externos são todos aqueles que dizem respeito a tudo o que coloca desafios à homeostase humana e que são externos ao próprio. Os internos são todos aqueles que dizem respeito à mente, como expectativas, negativismos, frustrações, neuroticismo, entre outros. Quando o cuidador dedica muito do seu tempo ao indivíduo doente, este pode ver a sua saúde física e mental afetada, pois frequentemente referem cansaço físico e sensação de deterioração gradual do estado de saúde (Frásquilho & Guerreiro, 2009). Existem estudos que demonstram que o sistema imunitário dos cuidadores é mais frágil se comparado com a dos não cuidadores, de acordo com Frásquilho e Guerreiro (2009).

A situação de conflito atrás referida alertou-me para o facto de que os sentimentos negativos e os conflitos existentes entre pessoa cuidada, cuidadores e

profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, interferem negativamente na evolução favorável da reabilitação e, por vezes, poderão suscitar reinternamentos frequentes. Neste contexto, ao longo de todo o período de ensino clínico pude desenvolver competências relacionais e a assertividade na minha interação com a pessoa e cuidador, durante a entrevista inicial de colheita de dados, nas situações de ensino e treino, na prestação de cuidados gerais e de reabilitação, entre outros.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) define como competências específicas as seguintes:

J.1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

J.2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J.3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Cada competência prevista no número anterior subdivide-se em várias unidades de competências e critérios de avaliação.

Assim a competência J.1 subdivide-se em 4 unidades de competência, pelo que explorá-las-ei de forma separada:

J.1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A realização das atividades para atingir os Oa.1, Ob.1, Ob.2, Ob.3, Oc.2 e Oc.3, tornaram possível a concretização das minhas competências nas seguintes áreas:

J.1.1.1 Avaliação do risco de alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado através da aplicação de instrumentos de avaliação e escalas de medida;

J.1.1.5 e J.1.1.6 Identificação de fatores psicossociais e necessidades de intervenção para reeducar e otimizar as funções sensório-motoras, cardiorrespiratórias, de eliminação, de sexualidade, de alimentação e de realização de AVD.

J.1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's (nomeadamente com a realização do Ob.3 e Oc2)

J.1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

J.1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

As atividades realizadas, para atingir os Ob.2, Ob.3, Oc2 e Oc.3 permitiram-me desenvolver competências na conceção e na implementação de planos de intervenção para reeducar e otimizar as funções sensório-motoras, cardiorrespiratórias, de eliminação e de realização de AVD, assim como, participar no aconselhamento, treino e prescrição de produtos de apoio e ajudas técnicas. A minha participação em sessões de ensino programado com o utente e família durante o internamento e na preparação do regresso a casa (no CMRA) permitiram-me intervir no planeamento de estratégias de forma a estimular a autonomia e o autocuidado e, desta forma, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida. Em contexto comunitário, tentei ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito de programas de reabilitação planeados e implementados por mim, supervisionado pelo meu EEER com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados entre internamento, domicílio e comunidade.

Desta forma, é importante que o EEER, conforme as suas competências, gerir e planear o tipo e forma de atribuição de produtos de apoio aos doentes neuromusculares, ainda que ao nível de políticas de saúde, seja necessário uma prescrição médica para a atribuição dos produtos de apoio aos doentes. Pelo contrário, compreendi que nem sempre foi fácil compreender as verdadeiras necessidades de produtos de apoio, pois a “casa cheia” de dispositivos de compensação sem utilização terapêutica dos mesmos por inadaptação dos cuidadores informais e parceiros de cuidados formais. Ainda assim cabe a nós assumirmos essa gestão e reivindicar esse mesmo papel como gestor do processo

de capacitação e de autonomia do doente, dando visibilidade dos nossos cuidados enquanto profissionais de saúde especializados em reabilitação.

Para melhor conceção de planos de intervenção de ER, tive a necessidade de pesquisa sobre questões legais e direitos de pessoas com incapacidades e/ou processos de transição saúde/doença, pelo que fiz uma Síntese dos Direitos nas Ajudas Técnicas /produtos de apoio: Lei nº. 38/2004, de 18 de Agosto; Despacho nº. 26026/2006, de 22 de Dezembro; Decreto-Lei nº. 93/2009, de 16 de Abril; despacho nº. 2027/2010, de Janeiro. Estes documentos estão disponíveis em DRE (2016).

J.1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

Em relação às competências relacionadas com a monitorização e avaliação dos planos de intervenção implementados e a usando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social considero que foram desenvolvidas no alcance dos Ob.2, Ob.3, Oc.2 e Oc.3. Por atingir estes objetivos e realizar as atividades correspondentes foi possível avaliar os cuidados prestados e traduzir os seus resultados em ganhos em saúde, no que diz respeito à capacitação para o autocuidado e independência funcional. A aplicação diária de escalas como a MIF (no CMRA) e índice de Barthel (na ECCI) tornou visível os ganhos em saúde e funcionalidade conseguidos com as minhas intervenções de enfermagem de reabilitação.

Segundo o PQCEER (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o alvo do EEER é a pessoa com necessidades especiais, onde os cuidados de enfermagem especializados possam ter diversos contextos da prática clínica, constituindo-se uma área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde. Segundo a mesma fonte, a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados em programas melhoria contínua da qualidade, constitui uma prioridade.

O nível em que atingi a competência J.1 e as unidades de competência correspondentes foi, em parte, definido pelas características dos contextos de

estágio, pelo que considero ter desenvolvido mais as competências de avaliação e diagnóstico das alterações das funções sensório-motoras, de eliminação e de realização de AVD, do que as competências de avaliação e diagnóstico das alterações da função cardiorrespiratória, de sexualidade e de alimentação. Da mesma forma, ocorreu relativamente à conceção, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à pessoa com alterações das funções sensório-motoras, de eliminação e de realização de AVD em comparação com as intervenções dirigidas à pessoa com alterações cardiorrespiratórias. A abordagem da pessoa com alterações sensório-motoras e cardiorrespiratórias, aprendi a importância dos seguintes aspetos:

- Avaliação inicial minuciosa: a sua importância relaciona-se com o diagnóstico de alterações de funcionalidade e a identificação das necessidades de intervenção especializada da enfermagem de reabilitação e dos fatores psicossociais. Neste contexto, verifiquei que o EEER utiliza toda a informação disponível: processos clínicos, meios complementares de diagnóstico, entrevista à pessoa/cuidador/família para colheita de dados iniciais. Nesta avaliação inicial aprendi ainda a importância da utilização das escalas e dos instrumentos de avaliação utilizados na prática da enfermagem de reabilitação, no sentido de identificação défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular.

- Planeamento e implementação de intervenções: no período de ensino clínico, observei que o EEER planeia e implementa as intervenções dirigidas às alterações diagnosticadas e identificadas pelo próprio, no entanto, aprendi que as intervenções são implementadas de acordo com os objetivos da pessoa e tem por foco a promoção do autocuidado e autocontrolo da pessoa. Compreendi ainda que o EEER tem sempre em consideração o respeito pelos princípios da autonomia e autodeterminação e permite sem juízos de valor que a própria pessoa decida, aceitar ou não, as intervenções de enfermagem de reabilitação propostas. No entanto, conduz a sua atuação de forma a estimular a capacitação para o autocuidado e a reeducação das funções alteradas.

- Avaliação dos resultados: o EEER avalia as intervenções de enfermagem de reabilitação pela reavaliação sistemática e comparativa com recurso às escalas e instrumentos de avaliação. Aprendi ainda, especialmente no contexto comunitário,

que o EEER recorre ao cuidador informal para conhecer os ganhos em saúde conseguidos na realização de AVD que visam o autocuidado e autocontrolo, da pessoa cuidada.

A competência J.2 subdivide-se nas seguintes unidades de competência que passo a descrever:

J.2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

Segundo Hoeman, (2011), as patologias neuromusculares compartilham muitas das mesmas intervenções. A fase de planeamento dos cuidados ao doente deve incluir o local de prestação de cuidados para que as intervenções possam ser adaptadas e realizadas. Além disso, os recursos da comunidade devem ser incluídos durante as fases de planeamento. As competências envolvidas nesta unidade de competência estão relacionadas com o ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado e ensino e treino com produtos de apoio, atividades que realizei na consecução dos objetivos Ob.3 e Oc.3, objetivos mais direcionados para as técnicas específicas de autocuidado.

Durante o período de ensino clínico, constatei a importância do EEER ser cuidadoso na sugestão e prescrição de produtos de apoio e dispositivos de compensação. O processo de enfermagem 3 (Apêndice 3) reflete a problemática de um utente estar pouco motivado para o programa de reabilitação sugerido pelo EEER orientador e por mim, constatei que o utente e a cuidadora informal (filha) tinha poucos recursos para aquisição de ajudas técnicas e dispositivos de compensação inadequados. Como por exemplo uma cadeira de rodas muito larga para atravessar as divisões da casa, e então o utente permanecia muito tempo no quarto passava a maior parte do tempo, incluindo as refeições. Após a identificação desta necessidade e após ter conseguido usar a imaginação para equipamentos de ajuda aos exercícios de reabilitação (conforme atrás descrito), senti a necessidade de procurar apoio e fiquei a saber que alguns Centros de Saúde, Juntas de Freguesia, Associações beneméritas e IPSS possuem “bancos” de produtos de apoio que funcionam por empréstimo, e que para melhorar a ligação, a Câmara Municipal ao qual está englobada a ECCI onde realizei o ensino clínico (C.M. de Sintra), tem um banco de ajudas técnicas e produtos de apoio, em que engloba todas as instituições

atrás mencionadas que estão acessíveis através de um sítio na internet, onde se pode pesquisar que tipo de produto se pretende, e este dá um resultado de qual ou quais as instituições que têm disponíveis, bem como os contactos das mesmas.

J.2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
(Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

Esta Unidade de Competência foi desenvolvida igualmente na consecução do Ob.4 , através das atividades já mencionadas, tais como, a identificação de barreiras arquitetónicas, a orientação da pessoa cuidada e do cuidador para a eliminação das mesmas e a tomada de conhecimento sobre produtos de apoio e dispositivos de compensação, listas homologadas, custos e financiamento, assim como dos recursos comunitários existentes. No CMRA, conforme já mencionado, estas atividades foram bastante desenvolvidas durante a minha permanência durante 2 semanas no serviço de AVD. Além do treino de AVD, uma das intervenções do EEER neste serviço era a identificação das barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa com deficiência. Neste contexto, as atividades realizadas no serviço de AVD foram cruciais no desenvolvimento da Unidade de Competência J.2.2.

A identificação de barreiras arquitetónicas, assim como a orientação do EEER para a eliminação das mesmas, foram atividades igualmente desenvolvidas no contexto da comunidade, visto que realizar as atividades e intervenções de enfermagem no próprio domicílio do utente era facilitada a sua identificação. Segundo Correia (2010), em um estudo de caracterização das pessoas com patologia neuromuscular na região norte do país, onde identificou que os principais problemas verificados foram a falta de condições sanitárias, presença de degraus quer no exterior quer no interior das habitações, elevador estreito, portas estreitas e rampas desajustadas e ainda tamanho reduzido das divisões da casa. A mesma autora, realçou que ao longo das visitas domiciliárias constatou-se que, em muitos casos com o mesmo diagnóstico, a doença manifesta-se e progride de maneira diferente e estas diferenças traduzem-se nas necessidades e nos problemas vivenciados no dia-a-dia.

Em concordância, constatei frequentemente dificuldades reais de utentes na participação familiar e social, devido às barreiras encontradas no domicílio que dificultavam/impediam a mobilidade em cadeira de rodas ou outros auxiliares de

marcha. Achei interessante o facto de o EEER orientador aconselhar, frequentemente, a colocação da cama articulada da pessoa em situação de dependência num local de passagem dos outros membros da família, idealmente a sala. A transferência da pessoa para a sala facilita a reintegração familiar, estimula a interação comunicacional com os membros da família, vizinhos, amigos, etc. o que invariavelmente é traduzido numa melhoria da capacidade funcional. Ainda assim, estas sugestões nem sempre eram aceites, pelo que restava respeitar o direito da decisão, muitas vezes pelo cuidador informal. Um dos aspetos que gosto de realçar, era a realização das atividades terapêuticas no exterior da habitação (a região onde estava inserida a ECCL, era essencialmente vivendas que tinham área exterior particular) sempre que as condições meteorológicas eram favoráveis, este aspeto fazia com que os níveis de motivação fossem superiores, bem como funcionava como agente facilitador do autocuidado, bem como melhorar o indicador de autocuidado psicológico, identificado por Petronilho (2012), como o humor ajuda a lidar mentalmente com a doença bem como esquecer sentimentos negativos relacionados com a doença e ter pensamentos positivos que podem ajudar a reduzir o stress provocado pela doença.

A competência J.3 apresenta as seguintes unidades de competência:

J.3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

J.3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

O desenvolvimento das atividades envolvidas na realização do Ob.3 e Oc.3 possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com a conceção, implementação e avaliação de programas de treino sensório-motor e cardiorrespiratório. No CMRA tive a oportunidade de desenvolver programas de treino cardiorrespiratório com utentes portadores de patologia respiratória com sequelas respiratórias e no contexto da comunidade, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a utentes com síndrome de imobilidade, sequelas de diabetes descompensada e pneumonia adquirida associado aos cuidados de saúde (IACS) em contexto de internamento numa unidade hospitalar. Ao longo de todo o período de ensino clínico, tive o privilégio de conceber, implementar e avaliar programas de sensório-motor à pessoa com EM,

AVC, síndrome de imobilidade, patologia ortopédica, patologia vascular subsequente a diabetes com amputação do membro inferior, entre outras, de forma que considero ter desenvolvido as competências J.3.1 e J.3.2. A realização dos processos de enfermagem ao longo do estágio foi importante, na realização de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação, ao redigir os planos de cuidados pude percorrer as fases de conceção, implementação, avaliação e reformulação das intervenções necessárias.

No que diz respeito à forma como o EEER desenvolve os programas de treino motor e cardiorrespiratório, constatei que os mesmos são realizados de forma individualizada e personalizada, tendo em conta as preferências e as necessidades identificadas na pessoa cuidada e família. Quer o treino seja desenvolvido num contexto de internamento hospitalar quer em contexto comunitário, o EEER distingue-se pela atenção que dedica à singularidade de cada utente, de cada cuidador e de cada família. Apesar da sobreposição de algumas intervenções de outros profissionais de saúde em relação ao EEER, quer em contexto hospitalar (mais visível) quer em contexto comunitário (menos visível, mas presente), reparei com satisfação que a pessoa cuidada e família reconhecem a intervenção do EEER como única e indispensável no seu plano de cuidados de reabilitação.

Em termos de síntese deste capítulo, a minha avaliação do percurso efetuado, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências pretendidas e desejáveis, considero ter alcançado um nível muito bom. No entanto, visto que as competências são saberes que se tornam visíveis na ação, remeto esta apreciação para a avaliação dos EEER orientadores (Apêndice 1) que acompanharam diariamente o 3º semestre deste curso, ou seja, o inteiro período de ensino clínico. Em cada contexto de prática, foi realizada uma apreciação parcelar do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências pelo tutor, orientador e pelo formando, que incidiu em dois eixos: Nos resultados obtidos pelo formando no que diz respeito às atividades delineadas de acordo com os objetivos propostos no projeto de estágio do formando e nos resultados obtidos em função dos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

2 – AVALIAÇÃO

O impacto de cada uma das fases de evolução da doença depende do valor que lhe é atribuído por cada pessoa, da sua capacidade individual para enfrentar o momento ou acontecimento de vida, bem como da qualidade de suporte familiar e social. A especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, permite uma melhoria contínua no atendimento, prestação de cuidados e apoio no desenvolvimento da independência da pessoa com patologia neuromuscular. Ao EEER é exigido que possua competência e sensibilidade especial ao lidar e cuidar de pessoas com uma multiplicidade de sentimentos, emoções e reações, adequando a técnica à pessoa, avaliando e integrando-a nas necessidades reais da pessoa, apoiando-a e guiando-a no desenvolvimento da sua independência apercebida, contribuindo, em última análise, para a sua felicidade.

2.1- Aspetos positivos, negativos, ameaças e oportunidades

Foi um longo e difícil processo de transição, com alguns desânimos, desmotivação e sem turbulências mas com alguma ansiedade. Houve necessidade de muito estudo, muita desconstrução de ideias e voltar a construí-las de raiz. Todas as situações foram sendo ultrapassadas pela minha forte vontade de ser EEER. As principais dificuldades e limitações deste trabalho foram de natureza metodológica. Apesar de não ser exigida a utilização da metodologia de um trabalho de investigação, era, no entanto, necessário construir uma metodologia de projeto científico, juntamente com a minha inexperiência no desempenho de funções nos locais de estágio e na aplicação de projetos desta natureza, com esta finalidade e as dificuldades sentidas com a exigência da carga horária a cumprir durante os períodos de estágio. Antes do início do ensino clínico tive de planejar estratégias para ultrapassar obstáculos criados pela conjugação de horários, entre as minhas responsabilidades do local de trabalho acompanhado pela exigente construção da aquisição de competências de EEER nos locais de estágio. No entanto o requisito de horas de ensino clínico foi atingido, por outro lado, os objetivos definidos foram alcançados e as competências propostas e planeadas foram apreendidas e desenvolvidas.

Um dos aspetos positivos que quero salientar e realçar, foi a disponibilidade do meu docente orientador de projeto, quer pelas sugestões e correções realizadas, durante o percurso da construção do projeto, quer no decorrer das atividades nos locais de ensino clínico, bem como na construção do relatório do estágio realizado, de tal forma que aparentava que era só a mim que me estava a orientar. Aproveito para agradecer esse apoio e os “empurrões” necessários para a realização do percurso com o sucesso registado neste relatório.

Outro aspeto positivo está relacionado com o interesse, acompanhamento e dedicação dos 2 EEER dos locais de estágio que me orientaram os dois períodos de ensino clínico, com os quais ainda hoje mantenho contacto frequente, contactos esses que na minha prática diária já me foram uteis na criação de uma continuidade de cuidados a clientes que estiveram ao meu cuidado no meu local de trabalho, bem como estes comigo no sentido de me pedirem colaboração na resolução de problemas relacionados com atitudes terapêuticas. Os conhecimentos teóricos adquiridos durante os 2 primeiros semestres deste curso, ao serem transferidos para a prática clínica pareciam muitas vezes “desfasados” das necessidades reais da pessoa de quem cuidava, pelo que a experiência de quem trabalha há muito como EEER foi fundamental para a consolidação e articulação dos conceitos teóricos. Por outro lado, o interesse demonstrado pelo meu projeto e as sugestões de aplicação e desenvolvimento das atividades planeadas foram cruciais para o sucesso da sua implementação. Saliento ainda o empenho dos 2 EEER em procurar situações de aprendizagem que facilitaram o desenvolvimento das competências já mencionadas, assim como as sugestões dadas com o objetivo do meu aperfeiçoamento técnico.

Alguns domínios (nomeadamente, os que dizem respeito às competências específicas do enfermeiro de reabilitação) foram mais desenvolvidos que outros, de acordo com as minhas necessidades pessoais. No futuro, espero poder ter oportunidade de vir a desenvolvê-los pois, apesar de já estarem presentes e desenvolvidos como enfermeiro generalista, não o estão da mesma forma como especialista (refiro-me, concretamente, ao domínio da melhoria da qualidade e gestão dos cuidados a nível da liderança e planeamento organizacional). Já Benner (2005) referia que, ao mudarmos de contexto, voltamos à posição de iniciado, mesmo que no serviço onde exercemos funções já sejamos considerados um perito. E é aqui, de facto, que reside todo o encanto da enfermagem, na evolução

persistente, não só do profissional de enfermagem mas também da própria ciência que é a enfermagem.

A escolha dos locais de estágio considero ter sido muito positivo, para o tema do projeto, pois tornou possível o acompanhamento das pessoas na gestão do seu autocuidado, quer enquanto internado em uma instituição intensiva de reabilitação, quer em contexto de comunidade/domicílio e a sua autonomia nas decisões que tornavam o seu dia-a-dia individual e pessoal.

Um dos aspetos menos positivos, que pretendo realçar, é que no meu segundo local de estágio a atuação do EEER estava muito dependente de transporte externo para os domicílios que tinha de partilhar com a restante equipa da ECCI, ou seja, o próprio EEER orientador tinha que se deslocar no seu próprio meio de transporte pessoal, para realizar as visitas domiciliárias, que depois era ressarcido pelo ACES ao qual pertence a ECCI, e do que tenho conhecimento, devido a essas dificuldades a ECCI neste momento não tem nenhum EEER a desempenhar funções, pois o EEER orientador encontra-se a coordenar uma equipa de coordenação local (ECL) englobada na RNCCI.

No jornal de aprendizagem 2 (Apêndice 4) dou relevância a uma das dificuldades e desafios que me deparei ao longo do estágio e no desenvolvimento das competências enquanto EEER. Ao invés dos critérios bem definidos para inclusão de utentes na ECCI (englobado nos critérios da RNCCI), os critérios de escolha para integrar um programa de reabilitação não estão bem definidos e encontram-se perante fronteiras cinzentas. A questão problemática coloca-se: Que utentes o EEER, membro da equipa ECCI, escolhe para os incluir em um programa de reabilitação? Que critérios de inclusão e exclusão de seleção o EEER se deve reger? Potencial vs melhoria da QdV? Que aspetos éticos e deontológicos a considerar no momento da tomada de decisão? Da mesma forma, o EEER assume a responsabilização pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, ou seja, é mais fácil escolher realizar um programa de reabilitação priorizado conforme identificação de alvos prioritários por parte dos decisores que atuam nas políticas de saúde. Um dos objetivos da ação principal da rede de referência de Medicina Física e reabilitação da DGS é definir o prognóstico e avaliar o potencial de reabilitação, ou seja o termo “potencial de reabilitação” volta aparecer em uma

política prioritária pela DGS (2002) ao qual os EEER devem responder de forma eficiente e com metas alcançáveis. Mas não será também importante o EEER manter o potencial remanescente á pessoa alvo de cuidados de saúde?

A fim de conhecer melhor o que é isto de “potencial de reabilitação”, realizei uma breve pesquisa narrativa da literatura e estudos de investigação sobre que critérios se baseavam alguns profissionais e organizações para a triagem de utentes que mais beneficiariam com programas de reabilitação e que instrumentos de avaliação utilizam. Diversos fatores, como cognitivos, físicos, psicológicos e socioeconómicos interferem com a avaliação de potencial e que existem várias escalas bem definidas para avaliação de potencial apos um AVC ou fratura da anca mas onde os resultados são avaliados na função física, no entanto para as restantes situações o julgamento e experiência do avaliador é o único método vastamente utilizada pelos profissionais envolvidos em programas de reabilitação. A heterogeneidade dos utentes na comunidade é tão vasta que não existe nenhum instrumento eficaz para avaliar o potencial de reabilitação em uma população heterógena, e os que existem, são muito pobres conforme Cunningham, Horgan, & O’Neill (2000) refere e onde deixa a recomendação da criação de instrumentos eficazes na determinação de potencial de reabilitação para grupos heterogéneos. Portanto para além de muitos instrumentos de avaliação de potencial de reabilitação existentes para patologias bem documentadas, tenho conciliar a minha tomada de decisão nesses instrumentos e na minha avaliação enquanto enfermeiro especialista de reabilitação e ponderar todos os fatores, ainda assim será um dos aspetos que pretendo desenvolver e aprofundar no futuro.

2.2- Contributos para a prática de cuidados de Enfermagem

O progresso nas capacidades e aquisições do indivíduo, sendo revelador de competência, pode permitir viver a transição com sucesso Benner (2005). A prática e o tempo de experiência profissional são indispensáveis ao desenvolvimento do domínio da função. Após uma avaliação dos resultados obtidos em estágio clínico, tanto no serviço de internamento agudos do CMRA, como na ECCL, concluo que estes me proporcionaram a oportunidade de mobilizar os conhecimentos que adquiri ao longo de todo o curso, assim como dotar-me de competências para assumir o papel de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No concreto, podemos sempre questionar sobre a natureza da “*matéria prima*” (conhecimento) usada pelos enfermeiros para produzir os cuidados: ou centrados na doença usando conhecimento gerado pela investigação da Medicina (para onde aponta a “*prática avançada*”) ou centrados nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem (para onde aponta a “*enfermagem avançada*”) (Silva, 2007).

A consecução dos objetivos e das atividades previamente determinadas permitiu igualmente a aquisição de conhecimentos (sobretudo ao nível da temática em estudo) e o desenvolvimento de novas competências e capacidades (que foram traduzidas em ganhos de crescimento pessoal e profissional), refletindo-se na prestação de melhores cuidados de enfermagem, sobretudo ao nível da área da enfermagem de reabilitação e, mais especificamente, na promoção do autocuidado na pessoa e família com patologia neuromuscular.

O autocuidado é um complemento de trabalho destes dois agentes (pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados) para melhorarem a sua qualidade de vida, contribuindo assim para uma melhor satisfação no atendimento que usufruem por parte dos enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Estes Enfermeiros utilizam o contexto domiciliário como um fator facilitador na recuperação destas pessoas, como forma de um atendimento mais personalizado (Alves, 2014). Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2013) comum a todas as Unidades é a necessidade de cuidados especializados que incluam o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, numa perspetiva personalizada que caracteriza os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com vista à recuperação e adaptação funcional da pessoa e seus familiares.

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, 2012). O EEER é um elemento fundamental na equipa de saúde, sendo detentor de um conjunto de conhecimentos capazes de dar resposta às necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de

ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Exerce também a função de guia orientador, conduzindo e orientando o doente e família, pelos caminhos e recursos possíveis, no interior da complexidade de toda a equipa multidisciplinar, para possibilitar a consecução dos melhores resultados possíveis (Benner, 2001). Tem também um importante papel na preparação da alta do doente, pois um ineficaz planeamento da mesma contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado acompanhamento após a alta e o recurso a serviços de saúde por insuficiente ensino ao doente e família/prestador de cuidados.

No entanto, a investigação em enfermagem está ligada a questões éticas e deontológicas essenciais pelo que a sujeição aos princípios éticos universais deverão pautar todas as fases de qualquer Processo de Investigação. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p 43) assim, ao mesmo tempo que adoto uma posição promotora da investigação no meu local de trabalho, dissemino uma postura defensora dos direitos humanos fundamentais, reconhecendo a importância da frequência deste curso em dotar-me de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de maior complexidade.

Nas orientações dirigidas à prática dos cuidados explorei conceitos básicos de mecânica corporal e ergonomia, com o propósito de contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga física dos profissionais e cuidadores e para a prevenção das lesões musculoesqueléticas relacionadas com estas atividades. Embora alguns dos conceitos abordados estejam presentes na formação dos profissionais de Enfermagem, as intervenções desenvolvidas tinham como objetivo refletir um conjunto de práticas seguras para todos os seus intervenientes. Da mesma forma que desenvolvi a competência de avaliação de alterações respiratórias e sensoriomotoras e avaliação de meios complementares de diagnóstico, com rx do torax, provas de função respiratória, pelo que desta forma vou utilizar estes conhecimentos na divulgação aos restantes membros da minha equipa de cuidados no meu contexto de trabalho.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E OPORTUNIDADES FUTURAS

O Relatório que agora se conclui, destaca a intervenção do EEER na promoção do autocuidado na pessoa e família com patologia neuromuscular e, em simultâneo, descreve, analisa e reflete o meu percurso de desenvolvimento de competências, como aluno do 5º Curso de Mestrado, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. Conforme o desenho de projeto selecionado, os objetivos foram atingidos, as atividades foram realizadas e as competências foram desenvolvidas, pelo que considero a operacionalização deste projeto de formação como tendo sido bem-sucedida.

A pessoa com patologia neuromuscular necessita reformular o seu esquema pessoal, mental e corporal de modo a integrar o seu *eu* em transição. Apenas após o fazer poderá reiniciar a sua vida como membro integrado numa família, comunidade e sociedade de forma plena e feliz.

O tema em questão foi selecionado tendo por base um interesse particular na minha prática de cuidados diária em que me deparava com clientes que padeciam perante esta incapacidade, mas que se revelou pertinente na atual conjunção económica, social e política, visto que o número de pessoas em que é identificado um elevado défice de autocuidado. No contexto familiar, em geral um dos membros é selecionado como cuidador informal e sofre uma transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, circunstância que o coloca numa condição de vulnerabilidade.

Segundo Correia (2010), qualquer doença é sempre uma situação de crise que acarreta várias consequências que se repercutem de diversas formas, alterando não só a homeostasia do seio familiar como “ceifando” sonhos, projetos, realizações pessoais e profissionais. As patologias neuromusculares são doenças crónicas, progressivas e altamente incapacitantes, que apresentam implicações de natureza física, psicológica e social. Ainda a mesma autora, refere que a própria autonomia está permanentemente sujeita à dependência de apoio de outros. Estas limitações causam isolamento que é ainda acentuado por dificuldades de integração laboral. Pela redução do convívio social, pela alteração da imagem corporal e por problemas de mobilidade e de acessibilidades.

Fica demonstrado com a elaboração deste relatório que o autocuidado é, também, um resultado sensível às atitudes terapêuticas de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e no bem-estar da pessoa com patologia neuromuscular.

Ao EEER é exigido que possua competência e sensibilidade especial ao lidar e cuidar de pessoas com uma multiplicidade de sentimentos emoções e reações, adaptando a técnica à pessoa, avaliando e integrando-a nas necessidades reais da pessoa, apoiando-a e guiando-a no desenvolvimento da sua independência que deste modo contribui para a sua felicidade. Segundo Petronilho (2012), sendo a transição para a dependência no autocuidado identificada nas pessoas com PNM, como um fenómeno que pode ser modificável por via da melhoria do potencial de aprendizagem do individuo e preditor da taxa de readmissão hospitalar, a sua melhoria é considerada como uma estratégia bem sucedida na gestão e tratamento dos processos de saúde-doença.

Perante o Regulamento dos PQCEER, a Enfermagem de Reabilitação “constituindo-se uma área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), no âmbito da Prevenção de Complicações, nomeadamente nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, é meu desejo projetar a criação, no meu serviço/instituição de saúde, de uma consulta pré-operatória a pessoas submetidas a cirurgias que englobem colocação de próteses totais articulares (essencialmente prótese total do joelho e prótese total da anca) esperando que o impacto da consulta pré-operatória seja a diminuição do tempo médio de internamento permitindo a obtenção de um ganho, representado por dias, em camas disponíveis para uma maior acessibilidade dos utentes às cirurgias programadas e traumatologia de urgência. Atualmente, sou já responsável por uma consulta de enfermagem no âmbito de um centro multidisciplinar da diabetes, inserido numa equipa composta por endocrinologistas, nutricionista, psicólogo, podologista, bem como articulações com outras especialidades. O projeto atrás referido, juntamente com a minha experiência em consultas de enfermagem hospitalares, seria o primeiro de outro que tenho em fase de desenho, mas era importante para dar visibilidade à atuação do EEER, em contexto de regime

ambulatório hospitalar, não só à comunidade, aos pares, outros profissionais de saúde, bem como aos representantes da administração do hospital, para assim poder projetar e planejar uma consulta de enfermagem e programas de reabilitação na instituição de saúde com que colaboro.

Prestes a finalizar este percurso transicional, considero que o conhecimento em enfermagem pode ser considerado como um ciclo infundável, numa perspetiva em que nenhum trabalho estará, alguma vez, “concluído”, pois servirá de ponto de partida para outros trabalhos que ao estudarem os mesmos fenómenos, terão em linha de consideração o conhecimento já existente. Esta é a minha visão sobre este relatório, pois espero sinceramente que o próprio sirva de “ajuda e ponto de partida” para outros trabalhos que serão realizados no futuro, motivo pelo qual ficará disponível para ser consultado na biblioteca da ESEL. Além do mais, tenho como objetivo de complementar a minha formação em projetos científicos, através da participação em trabalhos de investigação e elaboração de artigos científicos que destacassem a pertinência e a relevância da enfermagem de reabilitação na sociedade atual, bem como dar visibilidade da mesma no meu atual contexto de trabalho.

E, para finalizar, antecipando já a pergunta sobre se serei competente para desempenhar funções de EEER no meu contexto de cuidados? Do ponto de vista teórico, claramente sim. Mas, à competência, acrescento a coerência, a prática, a experiência e aquilo que doravante posso fazer com todo o conhecimento agora adquirido.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Sintra. (2014). *Plano de Ação 2014/2016*. Sintra: Unidade Cuidados na Comunidade Albus Petra.
- Alves, F. (2014). Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação*, 72-83.
- ANEM. (Março de 2016). *O que é a EM? Prevalência da EM*. Fonte: Associação Nacional de Esclerose Múltipla: <http://www.anem.org.pt/>
- ARSLVT. (Fevereiro de 2015). *Cuidados Continuados Integrados*. Fonte: ARSLVT.Min-Saúde: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/7>
- Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares . (6 de Junho de 2014). *APN*. Fonte: APN: <http://apn.pt/apn/as-doencas-neuromusculares/>
- Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares. (2010). *Manual sobre Doenças Neuromusculares - Técnicos e Profissionais de Saúde* . Coimbra: Almedina.
- Batista, N. d. (2012). *DIFICULDADES DO CUIDADOR FORMAL de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bear, M. F., Conors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Boylan, L. N. (2011). Doenças Neuromusculares. Em S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 443-467). Loures: Lusodidacta.
- Branco, M., Lopes, A., & Oliveira, C. (2010). *Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos nas Doenças Neuromusculares*. Coimbra: Almedina.

- Canhão, A., & Santos, Z. (1996). Doença Crónica. *Psiquiatria Clínica*, 17(3), 181-188.
- Cardol, M., Jong, B. A., & Ward, C. D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24, 970-974.
- Castro, L., & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projeto - Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares* (7ª Edição ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, A. L. (2010). A realidade do doente neuromuscular no seu dia-a-dia. Em A. P. Neuromusculares, *Manual sobre doenças neuromusculares - técnicos e profissionais de saúde* (pp. 109-124). Coimbra: Almedina.
- Cunningham, C., Horgan, F., & O'Neill, D. (2000). Clinical assessment of rehabilitation potential of the older patient: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 205-207.
- Darabas, K. C., Comim, C. M., & Tuon, L. (2009). Análise da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes portadores de doenças neuromusculares. *Revista Fisioterapia Brasil*(10), 241-247.
- DGS . (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2002). *Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Diário da Republica Electrónico. (Março de 2016). *DRE*. Fonte: DRE.pt: <https://dre.pt/>
- Direção Geral do ensino Superior. (2008). *Descritores Dublin*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Fonte: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>
- Direcção Geral de Saúde . (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.

- Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 128-133.
Fonte: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>
- Fonseca, T., Cardoso, T., Perdigão, S., Sarmiento, A., Morgado, R., & Costa, M. M. (2004). SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. *ACTA MÉDICA PORTUGUESA*(17), 119-122.
- Frasquilho, M., & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler edições.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed.). Porto alegre: ArtMed.
- Gomes, B., Rocha, M., M., M., & Gonçalves, M. (2014). *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática dos cuidados*. Porto: ESEP.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição ed.). Loures: Lusodidactica.
- Hoffman, L. R., & Field-Fote, E. C. (2007). Cortical reorganization following bimanual training and somatosensory stimulation in cervical spinal cord injury: a case report. *Physical Therapy*, 87(2), 208-223.
- Hortal Alonso, A. (2004). *Ética General de las profesiones* (2ª ed.). Bilbao: Desclée.
doi:84-330- 1718-7
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Saúde e Incapacidades 2011*. Lisboa: INE.
- Jensen, M. P., Abresch, R. T., & Carter, G. T. (2005). The Reliability and validity of a self-report version of the FIM instrument in persons with neuromuscular disease and chronic pain. *Archives of Physical Medicine and rehabilitation*, 86, 116-122.
- Leonardi, M., Raggi, A., Antozzi, C., Confalonieri, P., Maggi, L., Cornelio, F., & Mantegazza, R. (2009). Disability and functional profiles of patients with

- myasthenia gravis measured with ICF classification. *International Journal of Rehabilitation Research*, 167-172. doi:10.1097/MRR.0b013e32831e4587
- Mattsson, A. (1972). long-term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics*, 50(5), 801-811.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à saúde. (2012). *Diretrizes de Atenção à pessoa com lesão medular*. Brasília: Departamento das Ações Programáticas e Estratégicas.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*(8), 125-134.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Fonte: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer sobre Atividades de Vida Diária*. Lisboa: MCEER - Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - cuidados à pessoa com alterações da mobilidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan LTDA.
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories Nursing Practice* (2ª ed.). Philadelphia: F.A. Davies Company.
- Paula, L. H. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares - Enfermagem nas Doenças neuromusculares*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pedro, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Análise psicométrica da escala de impacto na autonomia e participação, em pessoas com esclerose múltipla. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9, 271-281.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - Conceito central da enfermagem* (1ª ed ed.). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Radley, A. (1995). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease* (1ª ed.). London and New York: Routledge.
- Ribeiro, P. (2013). *Correlação entre a escala internacional de acidente vascular cerebral do Instituto Nacional de Saúde (NIHSS)*. Fonte: RCAAP: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsrca&AN=rcaap.ptugal.11449.108547&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>
- Sampaio, F., Aquino, P., Araújo, T., & Galvão, M. (2007). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paulista Enfermagem*, 94-100.
- Santos, M. (2010). Doenças mais comuns - atrofia muscular espinhal. Em APN, *Manual sobre doenças neuromusculares - Técnicos e profissionais de saúde* (pp. 100-103). Coimbra: Almedina.
- Sidani, S. (2011). *Self-Care - Nursing Outcomes: the state of the science*. (2ª ed.). Jones & Bartlett Learning.

- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11-20.
- Silva, S. (Outubro de 2010). *Associação de Portuguesa de doentes com Fibromialgia*. Fonte: APDF: http://www.apdf.com.pt/o_que_e.php
- Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. (16 de Março de 2011). *Esclerose Múltipla: Conhecer e desmistificar*. Fonte: SPEM: <http://www.spem.org/noticias/noticias-2011/198-em-conheceredesmistificar>
- Soudo, A. (2007). Intervenção fisiátrica em D.N. *Revista da APN*, 47, 35-36.
- VEILLEUX, M. (1998). La voix de l'aspiration: retrouver ses repères pour redonner un sens au quotidien des soins infirmiers. *PRAQSI - Actes, IVe Colloque du Réseau*, 31-52.
- Vingerhoets, E., Wensin, M., & Grol, R. (2001). Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Quality in Health Care*, 10(4), 224-228.

APÊNDICES

Apêndice 1 Avaliação dos EEER dos campos de Ensino Clínico

O aluno Frederico Fortunato, realizou estágio no Serviço RGA 3º Esqº, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem –Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, tendo comparecido ao ensino clínico com assiduidade e pontualidade.

No decorrer do estágio o Frederico demonstrou um grande sentido de responsabilidade nas acções e juízos profissionais, reconhecendo as competências do enfermeiro especialista, questionando sempre de forma pertinente, quando lhe surgiram dúvidas.

Foi notável o rigor e facilidade com que executou os registos, inerentes aos cuidados prestados, nos respectivos processos clínicos. Os registos de enfermagem que elaborou demonstraram a fluidez e clareza da sua comunicação, realizando-os de forma correcta e compreensível, tendo em conta a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o estado de saúde dos utentes.

Estabeleceu boas relações interpessoais integrando-se com facilidade na equipa multidisciplinar e compreendendo o papel do enfermeiro de reabilitação na equipa.

O Frederico demonstrou ter um grande empenho e dedicação na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com deficiência de causa neurológica em fase de sequelas. Mostrou compreender a importância da prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação logo desde a fase aguda, com o objectivo de minimizar as alterações, potencializar as capacidades existentes conseguindo-se deste modo mais facilmente promover a sua autonomia e a reintegração sócio-familiar.

Demonstrou grande interesse em adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências a nível de enfermagem de reabilitação, conseguindo organizar e gerir eficazmente o seu tempo.

Para concluir considero que o aluno tem bons conhecimentos científicos e capacidade de mobilizá-los de forma a adequar às intervenções, respeitando a individualidade de cada um, isto é, actua de forma a dar competências ao individuo/famílias para que este atinja o nível optimo de independência.

Enfermeiro Orientador

Saul Santo Ramalho
Saul Ramalho

*Conceito aceite e aprovado
desta Avaliação e
valido-a.*

[Assinatura]

ANEXO II

5 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Fredonico Fortunato

Local de Estágio: UCC Albus Petra - Póvoa do Pinheiro Início: 01/12/2014 Fim: 31/02/2015

Orientador: Benedicto Fernandes Branco Costa




Considero que o enfermeiro Fredonico Fortunato atingiu os
objetivos propostos na sua plenitude.

Aspecto positivo - Faltou boa relação com os utentes intervencionáveis
e seus familiares, assim como com os restantes
elementos da U.C.C.
- Capacidade técnica - científica bem demonstrada
durante a sua prática clínica.
- Assiduidade e pontualidade sem qualquer
motivo de reparo.

Aspecto Negativo - ausente

Análise qualitativa - Muito Bom

DATA: 16/02/2015

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:		 ACES SINTRA UCC ALBUS PETRA Co-Coordenador	

Apêndice 2 - Projeto de Formação



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

U.C. Opção II – Projeto de Formação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na Promoção do Autocuidado do Utente e
Família com Patologia Neuromuscular**

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato nº 5509

Lisboa

25 de Julho, 2014



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

2013-2015

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

U.C. Opção II – Projeto de Formação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação na Promoção do Autocuidado do Utente e
Família com Patologia Neuromuscular**

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato nº 5509

Professor Orientador Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

25 de julho, 2014



ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APN – Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRA – Centro de Medicina de reabilitação de Alcoitão

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose lateral amiotrófica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

QDV – Qualidade de Vida

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	80
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	81
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	83
3.1 SUMÁRIO.....	83
3.2 DESCRIÇÃO TÉCNICA	85
3.2.1 <i>Revisão crítica da literatura</i>	85
3.2.2 <i>Doenças Neuromusculares</i>	88
3.3 O EEER E A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA NEUROMUSCULAR	94
3.4 QUADRO DE REFERÊNCIA PARA AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	98
3.4 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM PATOLOGIA NEUROMUSCULAR COMO INTERVENÇÃO DO EEER	101
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	105
4.1 OBJETIVO GERAL	105
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	105
4.3 PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	107
4.4 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	107
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guiões de Entrevista e Observação

APÊNDICE 2 – Planeamento de Atividades

APÊNDICE 3 – Cronograma de Objetivos

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado do utente e família com patologia neuromuscular

Palavras-Chave:

Enfermeiro de Reabilitação; Promoção do Autocuidado; Teoria do Défice do autocuidado de Orem; Utente e família/patologia neuromuscular

Data do início:

29 de Setembro de 2014 a 28 de Novembro de 2014 – Estágio em Ambiente Hospitalar (Centro de Reabilitação)

1 de Dezembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015 – Estágio na Comunidade (UCC)

Duração:

500 Horas de estágio compreendidas em 18 semanas (9 semanas em Ambiente Hospitalar e 9 semanas na Comunidade)

Este projeto de formação surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II do 5º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como principais objetivos a concretização do processo de planificação de atividades, que visa a formulação de um problema de Enfermagem, o planeamento de ações para a sua resolução e perspetiva uma concretização dos resultados esperados, visando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

O processo de materialização e avaliação do projeto irá ser desenvolvido durante o 3º semestre do curso, mais especificamente de 29 de setembro de 2014 até 13 de Fevereiro de 2015 no Serviço do piso 3, ala esquerda do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e na UCC *Albus Petra* – ECCI Pêro Pinheiro, pertencente ao ACES Sintra.

A escolha dos locais de estágio fundamenta-se principalmente nas características de cada um deles, em que a sua dinâmica me pareceu pertinente para conseguir atingir todos os objetivos propostos e adquirir todas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Em relação ao CMRA, considera-se uma instituição pioneira, reconhecida pela qualidade dos cuidados que presta e que acompanha o desenvolvimento na área da Reabilitação no contexto Europeu e Mundial. No dia 21 de maio de 2014 decorreu uma visita de estudo ao CMRA promovida e guiada pela senhora Enfermeira Adjunta da Direção, que deu a conhecer a dinâmica da instituição, nomeadamente a sua missão: reabilitar pessoas com deficiência de predomínio motor ou multideficiência, quer congénita, quer adquirida, de qualquer idade (identificando-se com características de pessoas com patologias neuromusculares); promover a autonomia da pessoa/família, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania, bem como o seu envolvimento no processo de reabilitação, assegurando os cuidados de Enfermagem geral e de reabilitação em tempo útil; promover a formação dos seus profissionais; desenvolver investigação na área da prevenção e tratamento da deficiência; desenvolver novas áreas de apoio ao diagnóstico em reabilitação.

Esta instituição conta com uma equipa multidisciplinar especializada em dar resposta a pessoas com necessidades de Reabilitação, dos quais 108 enfermeiros, 49 são EEER, disponíveis para acompanhar a formação de novos enfermeiros nesta área de especialização. No piso 3 - ala esqª, com capacidade para 26 utentes internados (feminino e masculino, apenas dividido por enfermarias), encontram-se maioritariamente internados utentes em fase de recuperação de AVC, ainda que, no

dia em que realizei a visita estavam internados 5 utentes com patologia neuromuscular (2 –S. Guillain-Barré, 1- Esclerose Múltipla; 2 – ELA). De referir, ao fato de ir realizar um estágio de 2 semanas específico no serviço de AVD no piso 1, importante para desenvolver competências na promoção do autocuidado no doente com patologia neuromuscular ou com outra patologia que restringe a mobilidade e o autocuidado.

Na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, escolhi a ECCI de Pêro Pinheiro, pertencente à *UCC Albus Petra*, englobado na gestão do ACES Sintra. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que vai me orientar o estágio é, simultaneamente, coordenador da UCC e intervém como especialista na ECCI, que será o meu contexto de estágio. A ECCI, além do meu EEER orientador, é composta por 3 enfermeiros que prestam cuidados generalistas, ao qual eu vou atuar no desenvolvimento das minhas competências como EEER. A UCC é ainda composta por uma unidade de Saúde Escolar (1/2 de tempo enfermeiro especialista em enf. Comunitária), uma unidade de Parentalidade (1 enf. generalista) e uma unidade de Intervenção Comunitária (1/2 de tempo enfermeiro especialista em enf. Comunitária). A ECCI, onde será o meu contexto de estágio na maior parte do tempo, tem capacidade para 22 camas/utentes (no domicílio) distribuídas pela área de influência da UCC, e que no dia em que visitei a UCC apenas 3 utentes eram foco de cuidados do EEER ativamente, limitações provocados por patologias ortopédicas e AVC.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 SUMÁRIO

O trabalho de projeto para Castro & Ricardo (2002) é orientado para a resolução de um problema e deve obedecer as certas características tais como: ser considerado importante e real por cada um dos participantes; ser profissionalmente relevante para todos os participantes e permitir aprendizagens novas; ser de natureza tal que tenha que ser estudado/resolvido tendo em conta as condições da sociedade.

O EEER deve basear a sua prática na evidência científica existente, efetuando uma prática eficaz, com os mais elevados padrões. Nesta linha, foram efetuadas pesquisas bibliográficas em base de dados, livros e publicações da área, que permitiram aprofundar conhecimentos nesta área específica de intervenção, sendo que as principais ideias identificadas constituíram o enquadramento teórico apresentado.

O tema central deste projeto de formação incide sobre a pessoa com patologias neuromusculares e a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na promoção do seu autocuidado. Este trabalho tem como principais objetivos: desenvolver competências na planificação de projetos de formação; adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da área temática subjacente; proporcionar uma linha orientadora para as atividades a desenvolver no período de estágio para conseguir atingir os objetivos propostos. No desenho do projeto desenvolvi conceitos como doença crónica e incapacitante, autonomia, autocuidado e independência, para enquadrar o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista em reabilitação, bem como a melhoria da condição de saúde na população com patologias neuromusculares.

Paralelamente às intervenções encontradas revela-se necessário um enquadramento conceptual do tema, de acordo com um modelo de enfermagem, por

forma a o tornar compreensível e alvo de partilha, bem como compreender a análise e o planeamento efetuado, enquadrado por esse mesmo modelo. O modelo utilizado foi o da teoria do défice de autocuidado de Orem que tem o foco no autocuidado, visando alcançar a independência da pessoa na realização do seu autocuidado.

A metodologia a empregar será a de projeto de formação, essencialmente descritiva e analítica, tendo como principais recursos a pesquisa da literatura em bases de dados virtuais e biblioteca da ESEL, o contributo das unidades curriculares deste curso e a análise crítica com o Professor Orientador.

O presente projeto de formação encontra-se dividido em cinco partes interligadas e subsequentes. A primeira corresponde à descrição técnica, onde é feita a definição da área temática e o tema global é abordado, justificando a sua escolha. A segunda corresponde ao enquadramento conceptual sobre o qual a atuação e as intervenções planeadas ganham forma e conteúdo. A terceira corresponde à definição do problema, definindo o problema geral e os consequentes problemas parcelares. A quarta corresponde ao planeamento, realizando o planeamento para dar resposta aos problemas identificados, com base no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assente nos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e tendo como pano de fundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Finalmente são apresentadas as considerações finais.

3.2 DESCRIÇÃO TÉCNICA

3.2.1 Revisão crítica da literatura

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo, constituindo doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta. De acordo com Mattsson (1972), a doença crónica é uma condição que poderá ser progressiva e fatal, ou ainda associar-se a uma vida breve, que poderá ser relativamente normal, embora com prejuízo de algumas funções físicas ou mentais. De acordo com a OMS (2005) as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo.

Através da caracterização do estado de saúde dos portugueses (PNS, 2012), observou-se e identificou-se que a esperança de vida à nascença em Portugal Continental no triénio 2008/2010 atingiu 79,38 anos, vivendo as mulheres, em média, mais 6 anos do que os homens. Observa-se, ainda, uma diferença de cerca de 2,4 anos entre a esperança de vida à nascença em Portugal Continental e o valor médio deste indicador nos cinco países da UE onde se vive mais. Esta diferença é mais notória para o sexo masculino (3,1 anos) do que para o sexo feminino (1,8 anos). No entanto, quando analisada a esperança de vida sem incapacidade em Portugal, para o ano 2010, verifica-se que os homens vivem, em média, 59,3 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 56,6 anos. O número médio de dias de absentismo laboral por doença⁷ tem vindo a decrescer, embora no último ano a tendência se tenha invertido, atingindo os 7,3 dias. O número de pensionistas por invalidez também tem vindo a diminuir. A auto percepção do estado de saúde é um indicador importante preditivo de mortalidade e morbilidade, bem como de utilização de serviços de saúde. Entre 1999 e 2006, a proporção de indivíduos que avalia positivamente (bom ou muito bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma autopercepção menos positiva do seu estado de saúde.

Conceito de doença Crónica

Para a OMS citado pelo Plano Nacional de Saúde (2012), as doenças crónicas são definidas como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

O PNS (2012) considera ainda que um Serviço Nacional de Saúde centrado no cidadão tem que se preocupar com o cidadão saudável e, prioritariamente, com aquele que sofre de uma doença crónica ou patologia incapacitante.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal (PNS, 2012-2016).

Este PNS propõe-se como uma fundação para o Sistema de Saúde do Século XXI:

- Envolve e dirige-se ao Sistema de Saúde, recolhendo e enquadrando o contributo de todos, começando pelo cidadão e sociedade civil, para a obtenção de ganhos em saúde;
- Tem como missão o reforço da capacidade de todos os agentes em saúde;
- Constrói uma visão coletiva para o desenvolvimento do Sistema de Saúde;
- Reconhece e promove a inovação e a gestão do conhecimento, estendendo-se progressivamente e atualizando-se ciclicamente, numa procura contínua das melhores soluções a médio-longo prazo para o Sistema de Saúde.

Um dos objetivos para o Sistema de Saúde é obter ganhos em saúde, onde estes são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução. Segundo Nutbeam (1998) citado por DGS

(2012) os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. Os Ganhos Potenciais em Saúde apresentam uma perspetiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do Sistema de Saúde e sustentabilidade.

Uma doença crónica requer uma planificação eficaz, de forma a preparar situações adversas, pois quanto mais imprevisíveis e frequentes forem as alterações decorrentes da doença, mais difícil será a adaptação à mesma. O paciente crónico tem que (con)viver com a doença até à finitude da sua existência, o que implica a mudança de hábitos do seu estilo de vida. Neste processo longo e demorado de adaptação à nova condição de vida existem muitos doentes crónicos se afastam de outras pessoas, o que origina frequentemente situações de depressão e solidão (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994; Radley, 1995).

Os utentes com patologia neuromuscular durante as fases iniciais da doença neuromuscular, podem ser capazes de continuar a trabalhar e a executar as suas atividades de vida diária. Todos estes doentes necessitam de um planeamento a longo prazo. A capacidade de trabalhar, frequentar a escola, participar na vida da comunidade e ser independente dependerá largamente da motivação do doente e dos recursos emocionais, do sistema de apoio e adaptativo. Atualmente muitas pessoas com incapacidades continuam a trabalhar em locais que são adaptados às suas necessidades. No entanto, a capacidade para prosseguir estas atividades altera à medida que as condições dos doentes se deterioram. Esta ideia leva-nos ao interpretar de que um utente com patologia neuromuscular está perante uma doença crónica, onde o objetivo não é curar mas sim gerir, com implicações na sua autonomia e do seu autocuidado, necessitando de cuidados planeados e estruturados, geridos por profissionais especialistas em reabilitação, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

3.2.2 Doenças Neuromusculares

Estima-se que em Portugal, país com cerca de 10 milhões de habitantes, e de acordo com dados estatísticos internacionais, existam mais de 5000 doentes afetados, encontrando-se distribuídos por diferentes patologias. (Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares, 2014). Um inquérito realizado em 11 das 13 Consultas de Neuropediatria existentes no País, revelou a existência, nos últimos 10 anos, de 659 doentes com doenças neuromusculares em idade pediátrica. Em 599 destes doentes foi identificada uma doença genética. Na maioria destas crianças o apoio precoce a estas situações, por parte dos pais e técnicos de saúde, nomeadamente no respeitante ao diagnóstico e terapêutica, faz-nos prever que atingiram, ou irão atingir, a idade adulta com situações relativamente controladas e que irão depender de cuidados de saúde continuados e acessíveis, para manterem a sua integração na sociedade, a qualidade de vida e o tempo de sobrevivência para os quais este apoio precoce os preparou (APN, 2014). Também os restantes doentes adultos, alguns com diagnóstico mais tardio ou falta de apoio, apresentam hoje agravados e progressivos problemas médicos e sociais o que torna imperioso o seu apoio adequado através de cuidados médicos continuados.

Para Silva (2010), embora não haja estatísticas rigorosas para Portugal, calcula-se que 5% a 6% da população sofre de fibromialgia, havendo uma distribuição pelas diversas faixas etárias, desde a idade escolar, com predominância nas mulheres acima dos 40 anos, acrescenta ainda que é uma doença em expansão.

Definição de Doenças Neuromusculares

As doenças neuromusculares englobam um conjunto de patologias de origem genética que afetam a musculatura esquelética. Sabe-se que estas doenças são uma das alterações genéticas mais comuns em todo o mundo (Miranda & Stanich, 2007). O nome doenças neuromusculares engloba mais de cem tipos de quadros clínicos diversos, embora raros, que têm em comum o atingimento da unidade motora. As doenças neuromusculares, para além do défice de força que acarretam, têm consequências em vários sistemas do corpo humano, todos de importância vital, como os respiratórios, cardíaco e digestivo (Souido, 2007).

Segundo Correia (2007), dos primeiros sintomas mais frequentes destacam-se por ordem crescente, a dificuldade em andar, quedas frequentes, dificuldade em subir e descer escadas, perda progressiva da força muscular e dificuldade em levantar-se.

As doenças neuromusculares são consideradas doenças crónicas, pois após o seu aparecimento e diagnóstico acompanham o indivíduo ao longo da sua vida provocando a incapacidade contínua (Moreno, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo, constituindo doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta. De acordo com Mattsson (1972), a doença crónica é uma condição que poderá ser progressiva e fatal, ou ainda associar-se a uma vida breve, que poderá ser relativamente normal, embora com prejuízo de algumas funções físicas ou mentais.

As doenças crónicas incapacitantes, apesar de provocarem uma redução da capacidade funcional, nem sempre se acompanham de perda de QDV. Alguns pacientes com doenças com um potencial incapacitante elevado podem mesmo assim, apresentar uma QDV elevada. Uma explicação possível para este facto é que o indivíduo faz uma adaptação progressiva ao longo da sua vida, valorizando menos as capacidades e funcionalidades que eventualmente tenha perdido e sobrevalorizando outras que se tenham mantido (Vingerhoets, Wensing & Grol, 2001).

Moreno (2010) afirma que as doenças neuromusculares são doenças crónicas, genéticas, que atingem o músculo, o corno anterior da espinal medula (ex. atrofas espinais), a junção neuromuscular (ex. miastenias) ou o nervo periférico (ex. neuropatias).

Segundo Bear et al. (2002), as doenças neuromusculares podem atingir parte da unidade motora (nervos e músculos), regiões da medula espinal (nervos) e o próprio músculo. São doenças que se caracterizam pela perda progressiva de força muscular e degeneração do conjunto de músculos e dos nervos que os controlam. São doenças raras, altamente incapacitantes, existindo ainda muitos aspetos a explorar. É fácil por isso prever que fazer um diagnóstico deste tipo de doenças não

seja simples. As doenças neuromusculares incluem-se no grupo de doenças chamadas doenças raras, e por isso, nem sempre o seu diagnóstico é fácil de obter. São “frequentemente diagnosticadas por vários especialistas (neurologistas, pediatras, geneticistas clínicos, clínicos gerais, etc.), muitas vezes em equipa” (Santos, 2010).

Um diagnóstico de doença crónica, nomeadamente de doença neuromuscular, vai desencadear um grande número de mudanças a nível físico (funcionamento corporal e aparência física), psicológico (nomeadamente reações emocionais relacionadas com um futuro incerto) e social (na relação de familiares e amigos ou mudança nos papéis sociais), podendo implicar uma alteração permanente no modo de vida do indivíduo (Canhão & Santos, 1996). Um diagnóstico de uma doença neuromuscular pode produzir sentimentos de desorientação, ansiedade e medo, impossibilitando, por vezes, a racionalização da informação recebida (Branco, Lopes & Oliveira, 2010).

A nível motor, as consequências são diversas como, por exemplo dificuldade na deambulação (dificuldade de marcha, equilíbrio, quedas frequentes, etc.), que leva a um uso permanente de uma cadeira de rodas manual ou elétrica (AFM, 2006). No campo ortopédico poderão surgir deformidades no esqueleto, que, por sua vez, poderão ser corrigidos por aparelhos cirúrgicos (talas, coletes, etc.) ou por cirurgias corretivas, sempre que necessário (AFM, 2006). As dificuldades respiratórias poderão ser colmatadas pela assistência ventilatória (invasiva ou não invasiva), permanente ou não (AFM, 2006). A Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (ASEM) (2008) partilha da ideia de que os doentes neuromusculares mantêm o nível cognitivo e capacidade intelectual intactos, mas que, em alguns casos de distrofia muscular congénita ou distrofia muscular de Duchenne, pode observar-se um discreto défice intelectual.

As doenças neuromusculares podem classificar-se, segundo a sua causa ou origem em dois tipos: genéticas e adquiridas, tal como se pode comprovar na Figura 1. As doenças neuromusculares conduzem ao comprometimento progressivo da função pulmonar e motora, levando a alterações funcionais da QDV (Darabas, Comim & Tuom, 2009). Apesar dos avanços nas técnicas terapêuticas, ainda não

existem tratamentos curativos disponíveis para os portadores das doenças neuromusculares. Os tratamentos de muitas doenças neuromusculares encontram-se ainda hoje em estado embrionário. Os tratamentos não impedem a progressão da doença, mas podem prevenir algumas das complicações que dela advêm (Real & Mirco, 2010). Em muitos casos não existem medicamentos que curem, o que não significa que não possam ser tratadas. Tratar uma doença significa em muitos casos aliviar e melhorar os sintomas, reduzir e prevenir complicações e melhorar a independência.

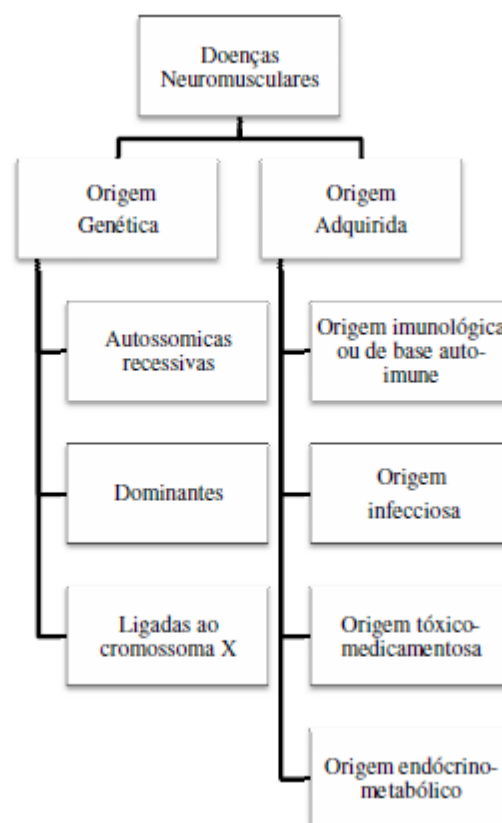


Figura 1- Classificação das Doenças Neuromusculares quanto à sua origem (APN, 2010)

A grande variedade de doenças neuromusculares, a complexidade de diagnóstico, a diversidade da sua evolução e o seu prognóstico, as suas múltiplas manifestações clínicas e os rápidos progressos científicos e técnicos exigem uma intervenção com profissionais de diferentes especialidades (ASEM, 2008). Além das vertentes anteriormente discriminadas, Real e Mirco (2010) apontam como fundamental as estratégias de reabilitação com o objetivo de prolongar ao máximo a

capacidade funcional do doente, tentando prevenir ou adiar o aparecimento das várias complicações conhecidas nestas doenças, com a devida variação individual.

A questão da prática de reabilitação funcional motora, no caso das doenças neuromusculares, é bastante controversa, no entanto é uma terapia bastante recomendada nestas doenças, pela sua capacidade de atuar diretamente na QDV dos pacientes e promover melhorias expressivas na força, na morfologia muscular, na redução da dor e nas limitações articulares (Cascon, Orsini, Leite, Mello, Freitas e Nascimento, 2007).

Uma pesquisa efetuada por Cascon et al. (2007), com doentes com ELA revelou que o exercício físico não alterou o carácter terminal da doença, no entanto tornou mais lento o processo degenerativo e melhorou a QDV do paciente, comparando com outros que não tinham sido sujeitos a esse tratamento.

Tabela 1.1 Principais Doenças Neuromusculares	
Tipo/local de comprometimento	Doenças
<i>Neuronopatias motoras – SNC</i> Neurónio motor superior Neurónio motor superior e neurónio motor inferior Neurónio motor inferior	Doença do neurónio motor (DNM) Esclerose Lateral Primária Esclerose Lateral Amiotrófica Paralisia bulbar progressiva (PBP) Atrofia muscular progressiva (AMP) Atrofia muscular espinhal (AME): - AME tipo I ou fatal – D. de Werdnig Hoffmann - AME tipo II – intermediária - AME tipo III – doença de Kugelberg-Welander Poliomielite anterior aguda Síndrome pós-poliomielite
<i>Neuropatias – SNP</i> Axonal aguda Axonal crónica Desmielinizante aguda Desmielinizante crónica: - Não-uniforme - Uniforme	Porfíria Tóxica Medicamentosa Endocrinopatias Nutricional Hereditária Charcot-marie-tooth (CMT) tipo 2 Síndrome Guillain-Barré (SGB) Polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica (PDIC) Charcot-marie-tooth (CMT) tipo 1 Doença de Dejerine Sottas Refsum

	Krabbe Leucodistrofia
<i>Doenças da junção neuromuscular</i>	Síndrome de Eaton-Lambert (síndrome miastênica) Botulismo Miastenia Grave autoimune adquirida (MGAA)
<i>Miopatias – Músculo</i> Distrofias musculares Síndromes miotônicas Miopatias congénitas Miopatias inflamatórias Miopatias infecciosas Miopatias metabólicas Miopatias endócrinas Miopatias tóxicas	Distrofia muscular de Duchenne/Becker, distrofias musculares congénitas (merosina positiva, merosina negativa, Ullrich, Walker Warburg, Fukuyama) Distrofia miotónica tipo 1 (Steinert) Miotonia congénita de Thonsem <i>Central core, mini core</i> , nemalínica, desminopatia, miotubular, centro nuclear, desproporção de tipo de fibras Poliomiosite, dermatomiosite, sarcoidose e eosinofílicas Viral (HTLV-1, HIV, <i>influenza</i>) Bacteriana (piomiosite) Parasitária (cisticercose, toxoplasmose) Fúngica (criptococose) Mitocondriopatia (Kearns-sayre, MERRF, MELAS), lipidose, glicogenose (Pompe, Forbes-Cori, McArdie, Tarui) e paralisia periódica Hipertiroidismo, hipotiroidismo, doença de Addison, Doença de Cushing e miopatia por corticoide Álcool, colquicina, vincristina, corticoide, lovastatina e zidovudina
SNC: sistema nervoso central; SNP: sistema nervoso periférico; JNM: junção neuromuscular	

Fonte: (Orsini, 2012, p. 4)

A diminuição da força muscular, a parésia e a paralisia, são características de todas as doenças neuromusculares, que diretamente limitam a mobilidade, autonomia e qualidade de vida do doente. Estas limitações e restrições criam uma situação acentuada dependência de cuidados e incapacidade de autocuidado nos doentes.

Limitações e restrições nas doenças neuromusculares

Órgão	Agravamento (geralmente progressivo)	Limitação das atividades	Restrições
Musculoesquelético	Diminuição da força e resistência	Diminuição do desempenho motor Diminuição da mobilidade Diminuição da função dos membros superiores Aumento da fadiga	Diminuição da mobilidade comunitária Diminuição das oportunidades educacionais Diminuição das oportunidades de emprego Aumento da dependência
Osso e articulação	Contraturas articulares Escoliose	Diminuição da função para a mobilidade e AVD Dor e deformidade	Diminuição da qualidade de vida
Pulmões	Diminuição da função pulmonar	Diminuição da resistência Aumento da fadiga	
Coração	Cardiomiopatia Defeitos de conduções	Diminuição das adaptações cardiopulmonares Diminuição da resistência Aumento da fadiga	
SNC	Diminuição da capacidade intelectual	Diminuição da habilidade de aprendizado Diminuição de ajustamento psicossocial	

SNC: sistema nervoso central; AVD: atividades de vida diárias

Fonte: (Orsini, 2012, p. 5)

3.3 O EEER e a Reabilitação da Pessoa com doença neuromuscular

É exigido ao enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação a competência técnica, a capacidade criativa, reflexiva, e, acima de tudo, aprofundamento constante dos seus conhecimentos técnico-científicos. O EEER tem como meta reunir esforços para capacitar os portadores de Doenças Neuromusculares para a recuperação da sua independência na realização das atividades de vida diárias, motivando-os. No entanto, não deverá perder de vista que as limitações decorrentes de sequelas causadas pelas patologias, estarão presentes. Ainda assim, o EEER precisa de acreditar nos seus conhecimentos e nas possibilidades do próprio utente para que as dificuldades não desestimulem este último a enfrentar as limitações impostas pelas doenças.

Além do reconhecimento das etapas de sistematização, o profissional deve compreender a organização e a gestão de tais etapas. Isto é, gerir o cuidado requisitando recursos específicos, otimizando resultados. De entre os recursos específicos, podemos citar:

- Técnica na escuta das necessidades do utente;
- Acolhimento e vínculo terapêutico
- Disponibilidade de técnicas adequadas às necessidades dos utentes
- Atendimento às necessidades dos utentes de maneira interdisciplinar.

Além disso, é importante que exista uma permanente avaliação da sistematização no processo do cuidado para verificar se realmente os resultados esperados estão a ser alcançados. De destacar que, muitas vezes, alguns procedimentos ou algumas técnicas importantes incluídas no planeamento de cuidados de enfermagem para a recuperação do utente dependem de insumos para a sua realização. Evidentemente, a falta desses materiais pode acarretar danos ao utente e à não eficiência do planeamento (Paula, 2012).

As metas de reabilitação devem ser traçadas em conjunto com o indivíduo e com a sua família. O início precoce do treino de Atividades de Vida Diária (AVD) constitui um poderoso estímulo à prevenção das perdas neuro-motoras. O ganho da independência da pessoa no seu auto cuidado nas suas rotinas de cuidado diário favorece a vivência de um potencial produtivo, diminui os sentimentos de menos valia e diminuindo a baixa autoestima. As estratégias a adotar dependem das condições clínicas e das possíveis comorbilidades associadas às doenças neuromusculares (Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2012)

Existem várias escalas que permitem efetuar esta avaliação. Entre as mais utilizadas encontram-se a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) designou a CIF como o modelo universal projetado para integrar os modelos individuais e sociais de incapacidade para todos, independentemente da idade e da condição de saúde. A CIF define condições de saúde como “doença (aguda ou crónica), desordem, lesão ou traumatismos... podendo também incluir outras circunstâncias como gravidez,

envelhecimento, o *stress*, anomalias congénitas, ou predisposição genética” (OMS, 2001).

A CIF usa categorias, em saúde e nos domínios relacionados com a saúde. Tem duas componentes, cada uma com códigos que refletem os diferentes aspetos. A parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade – contém códigos para as funções e as estruturas corporais, atividades e participação e a Parte 2 – fatores contextuais, foca os fatores ambientais e pessoais. Na CIF, existe incapacidade quando há disfunção de um ou mais destes níveis (Hoeman, 2011).

Kearney and Pryor (2004) citado por Hoeman (2011), descreveram a CIF como um quadro conceptual útil com potencial para expandir a prática de enfermagem, reforçando nos enfermeiros a consciência das dimensões social, política, e cultural da incapacidade. Enquanto a CIF for utilizada e desenvolvida internacionalmente, cruzando disciplinas e contextos, os enfermeiros de reabilitação terão a oportunidade de colaborar com outros profissionais para continuar a avaliar e refinar, de modo a integrar melhor os conceitos do modelo social.

Com a nova conceptualização de funcionalidade baseada no International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001), os aspectos mais positivos do indivíduo, passam a ser valorizados, com preocupação pelo bem-estar individual, e pela sua autonomia e participação. Assim a autonomia e participação é um aspecto central desta nova classificação de funcionalidade e consequentemente importante para avaliar os indivíduos que tem uma doença crónica como é o caso dos doentes com patologia neuromuscular.

A autonomia surge como conceito central na reabilitação, cuja ambição não é a reparação do corpo, mas sim o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência. Tal como é defendido por Cardol, Jong & Ward (2002), o espírito da reabilitação vai além da independência física, porque pessoas dependentes podem gozar de autonomia, e o inverso pode também aplicar-se. A equalização dos conceitos - autonomia e independência física – é uma visão redutora ao não serem consideradas a dimensão pessoal do conceito e as suas variações culturais e sociais. Por outro lado, centrar o processo reabilitativo na aquisição de autonomia

física pode ser fonte de conflito na relação profissional-cliente. Diferentes percepções acerca das habilidades e capacidades necessárias para a interação social e para a qualidade de vida, conduzem à definição de objetivos diferentes no plano de reabilitação.

A avaliação da funcionalidade e autonomia de doentes com doenças crónicas prolongadas como é o caso da esclerose múltipla, é de extrema importância para perceber quais as possibilidades funcionais que estes doentes percecionam a sua funcionalidade, independentemente das avaliações dos danos ou incapacidades funcionais que os profissionais de saúde possam realizar. (Pedro & Pais-Ribeiro, 2008)

As AVD são capacidades básicas que é necessário possuir para cuidar de si próprio de forma independente. As avaliações incluem habitualmente o autocuidado (comer, vestir-se, tomar banho, “arranjar-se”, etc.) as transferências, a continência, e, na maioria dos casos, a locomoção. Estas atividades são hierarquizadas, desde funções básicas como comer até às de nível mais elevado, como subir escadas (Hoeman, 2011). Dentro dos instrumentos utilizados para a avaliação funcional e da incapacidade em unidades de reabilitação é a Escala MIF (Medida de Independência Funcional), que se destina a documentar a frequência e a gravidade da incapacidade de modo uniforme e fiável. Foi extensamente testada a sua fiabilidade, validade e sensibilidade, nomeadamente ao nível mundial bem como em Portugal. Centros de reabilitação de referência em Portugal utilizam a MIF como instrumento diário no planeamento e gestão de cuidados de reabilitação funcional. A MIF é composta por 18 itens que mede as capacidades de autocuidado, de controlo de esfíncteres, de transferências, de locomoção, de comunicação e cognitivas. A medida é usada para estabelecer critérios de admissão, de alta e de manutenção dos ganhos da reabilitação.

Um estudo de Jensen, Abresch, & Carter (2005) com o objetivo de avaliar a confiabilidade e validade da aplicação da MIF em doentes com patologia neuromuscular e dor crónica, concluiu ser um instrumento eficaz na avaliação da independência nas AVD entre as diferentes patologias neuromusculares, por exemplo, demonstrando uma maior dependência de cuidados aos doentes com ELA relativo a doentes com outras patologias neuromusculares estudadas.

As metas de reabilitação devem ser traçadas em conjunto com o indivíduo e com a sua família. O início precoce do treino de Atividades de Vida Diária (AVD) constitui um poderoso estímulo à prevenção das perdas neuro-motoras. O ganho da independência da pessoa no seu auto cuidado nas suas rotinas de cuidadas diárias favorece a vivência de um potencial produtivo, diminui os sentimentos de menos valia e diminuindo a baixa autoestima. As estratégias a adotar dependem das condições clínicas e das possíveis comorbilidades associadas à lesão medular (Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à saúde, 2012)

3.4 Quadro de referência para as Intervenções de Enfermagem

Faz sentido aprofundarmos a Enfermagem e proporcionar cuidados cada vez mais suportados por conhecimento disciplinar de enfermagem... Uma enfermagem com mais enfermagem... Com orgulho no que somos e com a noção que podemos ser significativos e que podemos ter impacto na saúde das pessoas (Silva A. P., 2007).

A crescente prevalência das doenças crónicas, entre as quais as doenças neuromusculares, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, social e de saúde das sociedades. Em resposta a este facto, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem-se a si próprios em relação às AVD e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com mais eficácia os processos de saúde – doenças (Petronilho, 2012).

Diversos fatores influenciam o autocuidado do utente, bem como a adesão e motivação para o tratamento e as intervenções propostas. Conhecê-los é fundamental para a compreensão dos desafios do processo de cuidar na reabilitação de pessoas com patologias neuromuscular. Uma forma eficaz de promover o cuidado de enfermagem é mediante a aplicação da Teoria do Défice do Autocuidado, respeitando os seus aspetos essenciais, pois, desse modo, os cuidados de enfermagem tornar-se-ão direcionados para as necessidades do utente,

além de abordar os aspetos holísticos do cuidar (Sampaio, Aquino, Araújo, & Galvão, 2007)

Como resultado das últimas mudanças do paradigma da gestão de cuidados, o autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos saúde e bem-estar. No entanto, tem tido uma crescente atenção como um recurso na gestão da doença crónica, entre as quais, as doenças neuromusculares. As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo e, por definição, caracterizam-se pela impossibilidade de cura definitiva. Por isso, o autocuidado, como resposta humana no domínio dos processos intencionais, assume uma dimensão muito relevante no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos, com especial atenção nos grupos vulneráveis. (Petronilho, 2012).

O autocuidado é o foco e o resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011).

Teoria do Défice de Autocuidado de Orem

A Teoria do Autocuidado é um dos três conceitos ou teorias que formam a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado proposta por Orem. O seu pressuposto é que todos os indivíduos têm potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. Orem define o conceito base da sua teoria, o *Autocuidado* como o desempenho de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Esta teórica define ainda *Ação de Autocuidado* como a capacidade humana para o indivíduo realizar autocuidado, sendo afetada pelos *fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos* (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. Exprime e desenvolve a razão pela qual os

indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. É expressa com os seus pressupostos, suas ideias centrais e suas proposições que constituem as orientações para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento, bem como, para determinar a validade dos seus elementos e da sua estrutura (Petronilho, 2012).

Orem identifica cinco métodos de ajuda (George, 2000): 1) agir ou fazer para outra pessoa; 2) guiar e orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar. Quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo em autocuidar-se, surge um déficit de autocuidado. Perante a avaliação deste déficit de autocuidado o enfermeiro adequa a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo.

Segundo Petronilho (2012), Orem propõe cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

- Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até que o doente não necessite de cuidados de enfermagem;
- Determinar se e como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;
- Responder às solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro;
- Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (e às pessoas significativas) numa perspetiva de enfermagem;
- Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina como as necessidades de autocuidado da pessoa são preenchidas pelo enfermeiro, pela pessoa ou por ambos apresentando três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório (em que a pessoa é totalmente dependente e incapaz de realizar a

ação de autocuidado); Sistema parcialmente compensatório (em que o enfermeiro e a pessoa executam em conjunto o cuidado) e Sistema de apoio e educação (em que a pessoa executa mas com supervisão e apoio do enfermeiro, sem o qual é incapaz de realizar) (Parker, 2005). A pessoa com patologia neuromuscular pode necessitar de qualquer um destes sistemas em diversas fases e transições no seu processo de reabilitação sendo que o objetivo último será a mestria na gestão da sua incapacidade e realização do seu autocuidado.

Para Petronilho (2012), após uma revisão sistemática da literatura, identificou e construiu fatores determinantes do autocuidado, com as seguintes dimensões: física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social/saúde, espiritual/cultural e económica. A dimensão física é composta como capacidade funcional/robustez e vigor; tolerância à atividade/fadiga; dor e ambiente físico – sendo estes componentes que se sobrepõem com as consequências e manifestações das patologias neuromusculares.

3.4 Promoção do Autocuidado da Pessoa com patologia neuromuscular como intervenção do EEER

Os modelos de enfermagem, como representação científica da natureza e forma de ser da profissão estão, pela própria natureza da profissão e características dos seus intervenientes e dos seus múltiplos contextos, em constante mutação, adaptação e reestruturação. Um modelo é apenas tão bom quanto a compreensão e o uso que o enfermeiro faz dele.

O modelo de autocuidado de Orem tem como foco o autocuidado, enfatizando a independência da pessoa na realização do mesmo. O papel do EEER é ajudar a pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado, reconhecendo as influências do meio interno (biológicas) e do meio externo (sociais, culturais, económicas, etc.). O objetivo último é a independência da pessoa no seu autocuidado. O EEER munido do conhecimento das intervenções a executar, avaliando corretamente a pessoa e a família, diagnosticando os défices de autocuidado e instaurando um sistema de enfermagem adequado para preencher as

necessidades de autocuidado, atentando às características pessoais da pessoa e da família e do meio que o rodeia ajuda a pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado.

O EEER possui um papel de relevo na equipa multidisciplinar que acompanha o processo de adaptação da pessoa com patologia neuromuscular ao seu estado e condição de saúde, em constante evolução e mutação. Ao ter a visão única da globalidade da pessoa, das suas necessidades do dia-a-dia, tem um papel de educador e facilitador do processo de aprendizagem e motivação para o processo de reabilitação.

Ajudas técnicas e dispositivos de compensação

As ajudas técnicas são equipamentos importantes para o desempenho mais autónomo das AVD mas não substituem o cuidador, apenas facilitam a sua função. O cuidador é sempre indispensável. Estas permitem maximizar a função perdida ou diminuída e têm como grande objetivo aumentar a autonomia dos doentes, permitindo obter uma melhor qualidade de vida. Isto só acontece se estiverem adaptadas às suas dificuldades. (Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares, 2010)

Num projeto coordenado pela APN em 2008/9 chamado “Intervenção Comunitária em doentes com patologia neuromuscular” realizado a doentes com patologia neuromuscular na zona norte de Portugal, estes identificaram, unanimemente, de que seria importante existir uma avaliação periódica por parte de uma equipa técnica e especializada com vista a avaliar a adequabilidade das ajudas técnicas, prevenindo situações de desajuste ou inexistência como as que foram observadas pela equipa do projeto. Os doentes identificaram inúmeros problemas e críticas face à temática, dos quais distinguiram: o processo de requerimento às entidades competentes (“demorado e complexo, está dependente duma prescrição médica que nem sempre é atempada”), falta de igualdade no tratamento dos processos; falta de avaliação contínua, existindo muitas ajudas técnicas desajustadas e mal adaptadas, o que nada contribui para o objetivo a que se propõe a sua utilização – aumentar a qualidade de vida e autonomia do doente. (Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares, 2010)

Conforme o regulamento de competências específicas do EEER da Ordem dos Enfermeiros (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2010) estabelece que este capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, no qual o EEER Realiza treinos específicos de AVD, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), bem como, ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa. Ainda nas competências do EEER, no âmbito do cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, este seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

Desta forma, é importante que o EEER, conforme as suas competências, gerir e planear o tipo e forma de atribuição de produtos de apoio aos doentes neuromusculares, ainda que ao nível de políticas de saúde, seja necessário uma prescrição médica para a atribuição dos produtos de apoio aos doentes. No entanto cabe a nós assumirmos essa gestão e reivindicar esse mesmo papel como gestor do processo de capacitação e de autonomia do doente, dando visibilidade dos nossos cuidados enquanto profissionais de saúde especializados em reabilitação.

Mobilidade

O movimento pode ser definido «como a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável». Numa abordagem holística, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais (Hoeman, 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define movimento corporal como um «processo no sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações» (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Segundo Fricke (2010), a mobilidade é, assim, crucial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não

somente as necessidades da pessoa mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Atualmente, e com o evoluir do conhecimento científico na área das ciências da saúde, é possível uma mobilização mais precoce, minimizando o fenómeno associado às alterações da mobilidade/síndrome da imobilidade, podendo estas ter consequências mais graves do que a patologia que a originou, transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade.

4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Objetivos de Formação

Este projeto permitirá efetuar um percurso de aquisição de competências específicas, com vista ao desenvolvimento de prestação de cuidados altamente qualificados e especializados. Neste sentido, com base nas competências que pretendo adquirir e a desenvolver: Competências de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b), defini os meus objetivos.

4.1 Objetivo Geral

Como objetivo geral defini:

Desenvolver competências científicas, técnicas, e humanas na área da enfermagem de reabilitação no cuidar do utente e família com patologia neuromuscular promovendo o autocuidado nas Atividades Vida Diárias

4.2 Objetivos Específicos

Para definir os objetivos específicos, atendendo à natureza dos diferentes campos de estágios, optei por os dividir em três categorias. São elas: objetivos Específicos Comuns (OA), que correspondem aos objetivos comuns a ambos os locais de estágio; Objetivos Específicos Área Temática (OB), que correspondem aos objetivos aplicáveis ao período de estágio com um contexto favorável e respetivo local de estágio onde será abordada e aprofundada a área temática, não obstante, existir objetivos transversais aos dois campos de estágio; Objetivos Específicos Complementares (OC), que correspondem aos objetivos aplicáveis e respetivo local de estágio onde serão desenvolvidas competências de enfermagem de reabilitação

não focadas na abordagem à área temática, nomeadamente, na área da reabilitação respiratória.

De salientar que esta divisão não é inteiramente estanque, sendo que poderão ocorrer oportunidades de desenvolver atividades referentes a qualquer um dos objetivos em qualquer dos campos de estágio, embora tal não seja expectável. Os objetivos específicos definidos são os seguintes:

Objetivos específicos comuns (Oa)

Oa.1 Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.

Oa.2 Realizar uma análise crítica e construtiva ao longo do processo de formação, através de um relatório de estágio relativo à aprendizagem desenvolvida ao longo do período de estágio

Objetivos Específicos Área temática (Ob)

Ob.1 Identificar os défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Ob.2 Planear cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Ob.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseado no método científico do processo de enfermagem, que promovam o autocuidado à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular, envolvendo a família.

Ob.4 Promover a participação e integração social ativa da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular

Objetivos Específicos Complementares (Oc)

Oc.1 Desenvolver conhecimentos específicos sobre reabilitação funcional respiratória.

Oc.2 Desenvolver plano de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.

Oc.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseado no método científico do processo de enfermagem, à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.

4.3 Planeamento de Atividades

No Apêndice 2 Competências, Objetivos, Atividades e Critérios de Avaliação, estão definidos os Objetivos Específicos, as Atividades a executar para lhes dar resposta, as Competências que são desenvolvidas em cada Objetivo Específico e os respetivos critérios de avaliação.

No Apêndice 3 Cronograma de Objetivos Específicos está patente a representação gráfica do planeamento temporal de implementação e execução dos Objetivos.

4.4 Metodologia de Avaliação

O principal método de avaliação será a autoavaliação que decorrerá simultaneamente com a persecução da execução do estágio a que este projeto de formação se destina. Nesta avaliação tentarei responder aos critérios e indicadores definidos no Apêndice 2 - Atividades e Critérios de Avaliação, sendo que caso não estejam respondidos será feita uma reavaliação da minha prestação e do próprio projeto de estágio por forma a dar continuidade e conclusão positiva ao mesmo.

Decorrerá, simultaneamente, avaliação formativa pelo enfermeiro orientador, no sentido de construção de conhecimento e desenvolvimento profissional. Irá decorrer também avaliação formativa, ao longo do estágio, com o professor orientador, em intervalos a determinar e acordar com o próprio.

É preconizado um momento formal de avaliação, no final do estágio, que corresponde à elaboração e apresentação do relatório de estágio. O relatório de estágio terá o seu início coincidente com o início do estágio e a sua construção será acompanhada pelo desenrolar do mesmo. Estará sujeito a avaliações formativas

intermédias pelo enfermeiro orientador, tendo como objetivo último a discussão pública para obtenção do grau de mestre em enfermagem de reabilitação.

As datas previstas para o desenrolar do relatório final estão patentes no Apêndice 3 Cronograma de Objetivos Específicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto apoia-se numa pesquisa abrangente, que revelou a dificuldade em encontrar evidência científica sobre a intervenção específica de enfermagem de reabilitação na melhoria do autocuidado à pessoa patologia neuromuscular. Na realidade, a literatura aborda, sobretudo a nível internacional, áreas cinzentas da atuação de enfermagem de reabilitação e de vários outros grupos profissionais.

Em Portugal a patologia neuromuscular não é muito estudada, quer epidemiologicamente, quer os seus efeitos no estado de saúde da população abrangida, pelo que o desenvolvimento deste projeto foi no sentido de abordar a patologia neuromuscular como uma doença crónica, da qual resulta uma maior dependência de cuidados de enfermagem bem como um aumento potencial da incapacidade do autocuidado do doente com patologia neuromuscular.

Este projeto resulta uma reflexão profunda sobre o meu percurso profissional e desenvolvimento académico até ao momento, tendo definido objetivos e delineado o percurso a percorrer para responder e concretizar esses mesmos objetivos. O projeto facilitará, estruturando, a minha aprendizagem futura e a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista, em especial, ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Numa perspetiva prospetiva, resultado de experiências anteriores, a gestão do tempo poderá revelar-se a maior barreira à boa prossecução do planeado no presente projeto. As inúmeras exigências laborais e pessoais a que estou sujeito, acrescidas das exigências que poderão existir no local de estágio poderão dificultar a sua execução. No sentido de debelar essa limitação insere-se o cronograma, parte integrante deste projeto, como ferramenta de gestão temporal. Recorrendo ao uso desse guia e reajustando-a à medida dos contratempos encontrados poderá ser possível ultrapassar esta limitação.

O caminho traçado é um reflexo direto das minhas expectativas e, como tal, sujeito a constante mutação e transformação no decorrer do contacto com os locais de estágio, pretendendo ser uma ferramenta dinâmica, potencializadora de aprendizagens e não limitadora. Como tal deve ser encarado como uma ferramenta plástica e mutável, em constante adaptação à realidade que for encontrando e a mim próprio à medida que vou alterando o meu agir e a minha perceção dessa mesma realidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares . (6 de Junho de 2014). APN.
Fonte: APN: <http://apn.pt/apn/as-doencas-neuromusculares/>
- Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares. (2010). *Manual sobre Doenças Neuromusculares - Técnicos e Profissionais de Saúde* . Coimbra: Almedina.
- Bear, M. F., Conors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Branco, M., Lopes, A., & Oliveira, C. (2010). *Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos nas Doenças Neuromusculares*. Coimbra: Almedina.
- Canhão, A., & Santos, Z. (1996). Doença Crónica. *Psiquiatria Clínica*, 17(3), 181-188.
- Cardol, M., Jong, B. A., & Ward, C. D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24, 970-974.
- Castro, L., & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projeto - Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares* (7ª Edição ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, A. L. (2010). A realidade do doente neuromuscular no seu dia-a-dia. Em A. P. Neuromusculares, *Manual sobre doenças neuromusculares - técnicos e profissionais de saúde* (pp. 109-124). Coimbra: Almedina.
- Darabas, K. C., Comim, C. M., & Tuon, L. (2009). Análise da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes portadores de doenças neuromusculares. *Revista Fisioterapia Brasil*(10), 241-247.
- Direção Geral do ensino Superior. (2008). *Descritores Dublin*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Fonte:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>

Direcção Geral de Saúde . (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Dos Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: ARTMED Editora.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição ed.). Loures: Lusodidactica.

Hoffman, L. R., & Field-Fote, E. C. (2007). Cortical reorganization following bimanual training and somatosensory stimulation in cervical spinal cord injury: a case report. *Physical Therapy*, 87(2), 208-223.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Saúde e Incapacidades 2011*. Lisboa: INE.

Jensen, M. P., Abresch, R. T., & Carter, G. T. (2005). The Reliability and validity of a self-report version of the FIM instrument in persons with neuromuscular disease and chronic pain. *Archives of Physical Medicine and rehabilitation*, 86, 116-122.

Leonardi, M., Raggi, A., Antozzi, C., Confalonieri, P., Maggi, L., Cornelio, F., & Mantegazza, R. (2009). Disability and functional profiles of patients with myasthenia gravis measured with ICF classification. *International Journal of Rehabilitation Research*, 167-172. doi:10.1097/MRR.0b013e32831e4587

Mattsson, A. (1972). long-term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics*, 50(5), 801-811.

Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à saúde. (2012). *Diretrizes de Atenção à pessoa com lesão medular*. Brasília: Departamento das Ações Programáticas e Estratégicas.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - cuidados à pessoa com alterações da mobilidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan LTDA.
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories Nursing Practice* (2ª ed.). Philadelphia: F.A. Davies Company.
- Paula, L. H. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares - Enfermagem nas Doenças neuromusculares*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pedro, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Análise psicométrica da escala de impacto na autonomia e participação, em pessoas com esclerose múltipla. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9, 271-281.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - Conceito central da enfermagem* (1ª ed ed.). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Radley, A. (1995). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease* (1ª ed.). London and New york: Routledge.
- Sampaio, F., Aquino, P., Araújo, T., & Galvão, M. (2007). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paulista Enfermagem*, 94-100.
- Santos, M. (2010). Doenças mais comuns - atrofia muscular espinhal. Em APN, *Manual sobre doenças neuromusculares - Técnicos e profissionais de saúde* (pp. 100-103). Coimbra: Almedina.
- Sidani, S. (2011). *Self-Care - Nursing Outcomes: the state of the science*. (2ª ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11-20.
- Silva, S. (Outubro de 2010). *Associação de Portuguesa de doentes com Fibromialgia*. Fonte: APDF: http://www.apdf.com.pt/o_que_e.php
- Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. (16 de Março de 2011). *Esclerose Múltipla: Conhecer e desmistificar*. Fonte: SPEM: <http://www.spem.org/noticias/noticias-2011/198-em-conheceredesmistificar>
- Soudo, A. (2007). Intervenção fisiátrica em D.N. *Revista da APN*, 47, 35-36.

Vingerhoets, E., Wensin, M., & Grol, R. (2001). Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Quality in Health Care*, 10(4), 224-228.

GUIÃO DE ENTREVISTA

Discente: FREDERICO TELES FORTUNATO

Orientador: Prof. JOAQUIM PAULO OLIVEIRA

Locais de estágio: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – 3º piso ala esq^a

ACES Sintra – ECCI Pêro Pinheiro

ALVOS:

Enf.^a Chefe do serviço;

Enf.^a Especialista de Reabilitação.

OBJETIVO:

- Recolher dados para o desenvolvimento de relatório de projeto no âmbito de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação.

OBSERVAÇÕES:

- A escolha de participar, ou não, é voluntária. Poderá sempre desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.
- Todos os dados e informações que estiver disposta(o) a ceder serão tratados de forma confidencial.
- Os resultados poderão ser consultados sempre que o solicite.
- Prevê-se que esta entrevista tenha uma duração média entre 30 a 60 minutos e será realizada em local à sua escolha, tendo em atenção a sua disponibilidade e garantindo a sua privacidade.

Tópicos a abordar com Enfermeiro chefe de serviço

Questões/tópicos	Notas
Lotação do serviço - Utentes	
Proveniência dos Utentes	
Dados das patologias, mais relevantes no serviço	
Tempo de internamento	
Variação das idades dos utentes	
Regime das visitas	
Articulação com outros serviços/unidades	
Constituição da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar	
Exercício da função do enfermeiro especialista	
Distribuição dos enfermeiros de reabilitação	
Método de trabalho da equipa de enfermagem	
Modelo teórico de enfermagem utilizado	
Processo de enfermagem no planeamento e prestação de cuidados	
Realização de projetos que utilizem a partilha de informação e conhecimento por parte do enfermeiro especialista em reabilitação.	
Identificação das necessidades de formação	

Tópicos a abordar com Enfº. Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Questões/tópicos	Notas
Seleção dos utentes alvo de cuidados especializados de enfermagem	
Planeamento das intervenções	
Atividades do EEER apenas restritas ao serviço	
Tempo atribuído para desempenho de funções na área da reabilitação.	
Escalas e instrumentos de avaliação utilizados.	
Tipo de horários de trabalho do EEER	
Existência no serviço de dispositivos que auxiliem e complementem os cuidados de reabilitação prestados.	
O enfermeiro de reabilitação e a articulação de cuidados com outros profissionais.	
Enquadramento das atividades que realiza com as competências comuns e específicas de especialista em enfermagem de reabilitação.	
Preparação da alta para regresso ao domicílio/instituição	
Parceria de cuidados com a comunidade.	
Programas de reabilitação com início no internamento e com seguimento na pós-alta.	
Partilha de informação e conhecimento por parte do EEER	
Sistemas de Informação em Enfermagem	
Projetos concebidos e/ou implementados do domínio do EEER	

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Instituição: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	
Serviço: Piso 3 Ala esq^a	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Enfermeiro(a)

Chefe:

	Contactos
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Enfermeiro(a) Especialista:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Guião de Observação	
PARÂMETRO A OBSERVAR:	Observado:
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) CHEFE	
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM GENERALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
DINÂMICA DE RELAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	
DINÂMICA DE RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
GESTÃO DOS RECURSO MATERIAIS	
INTEGRAÇÃO DO UTENTE NOS CUIDADOS	
MOTIVAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE ESPECTATIVAS DO UTENTE	
INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA/AMIGOS/COMUNIDADE NO PLANO DE REABILITAÇÃO	
EXPERIÊNCIA PESSOAL/TESTEMUNHO DOS UTENTES	

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Instituição: ACES Sintra – UCC Pêro Pinheiro	
Serviço: ECCI Pêro Pinheiro	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Enfermeiro(a)

Chefe:

Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Enfermeiro(a)	
Especialista:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Email:	

Guião de Observação	
PARÂMETRO A OBSERVAR:	Observado:
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) CHEFE	
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM GENERALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
DINÂMICA DE RELAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	
DINÂMICA DE RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
GESTÃO DOS RECURSO MATERIAIS	
INTEGRAÇÃO DO UTENTE NOS CUIDADOS	
MOTIVAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE ESPECTATIVAS DO UTENTE	
INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA/AMIGOS/COMUNIDADE NO PLANO DE REABILITAÇÃO	
EXPERIÊNCIA PESSOAL/TESTEMUNHO DOS UTENTES	

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

OBJETIVO GERAL: desenvolver competências científicas, técnicas, e humanas na área da enfermagem de reabilitação no cuidar do utente e família com patologia neuromuscular promovendo o autocuidado nas Atividades Vida Diárias

OBJETIVOS ESPECIFICOS A DESENVOLVER EM CENTRO DE MEDICINA FISICA E REABILITAÇÃO, BEM COMO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS NA COMUNIDADE

Objetivo Específico Comum (Oa)	Oa.1 Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>C – Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p> <p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao serviço de internamento de um centro de medicina física e reabilitação • Visita ao serviço e comunidade de uma unidade de cuidados continuados • Reuniões informais com enfermeiros coordenadores\ chefes das unidades referidas, bem como com os enfermeiros especialistas orientadores do estágio hospitalar e na comunidade, com aplicação de Guiões de Entrevista. (Apêndice 1) • Conversa e/ou entrevista com as pessoas internadas/famílias e outros elementos da equipe de enfermagem e multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Professor Orientador do projeto; Enf.ºs Chefes/Coordenadores; Enfermeiros Especialistas em Reabilitação; Restantes Enfermeiros da equipa; utentes/famílias e elementos da equipa multidisciplinar. • <u>Materiais</u>: Documentos do serviço (manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo e de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade) • <u>Físicos</u>: CMRA; <p>ACES Sintra – ECCI Pêro Pinheiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Temporais</u>: <p>. Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos.</p>	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado uma visita aos locais de estágio (CMRA e ACES Sintra – ECCI Pêro Pinheiro) • Realizado uma reunião e entrevista informal com enfermeiro(a) chefe e EEER orientador, aplicando guiões de entrevista. • Identificado a estrutura física, os recursos materiais e pessoais de cada serviço. • Identificado a dinâmica do serviço nas suas vertentes: estrutural, funcional e organizacional. • Compreendido a estrutura organizacional. <p>Crítérios</p> <p>De que forma as atividades realizadas me permitiram conhecer e integrar a dinâmica do serviço e equipa, na sua perspetiva estrutural, funcional e organizacional.</p>

Objetivo Específico Comum (Oa)	Oa.2 Realizar uma análise crítica e construtiva ao longo do processo de formação, através de um relatório de estágio relativo à aprendizagem desenvolvida ao longo do período de estágio		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reflexão crítica diária discutindo com o EEER orientador. Reflexão crítica e construtiva recorrendo a diários de aprendizagem, com periodicidade semanal. Discussão dos diários de aprendizagem com o EEER orientador e com o professor orientador. Elaboração de Relatório de estágio, com desenvolvimento no decorrer do estágio, com a respetiva reflexão crítica do mesmo. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respetiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem incluindo enfermeiro chefe. Professor Orientador. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Material de escrita e papel, computador, bases de dados científicos digitais, recursos bibliográficos físicos Diários de aprendizagem. <p><u>Físicos:</u> CMRA;</p> <p>ACES Sintra – ECCI Pêro Pinheiro</p> <p><u>Temporais:</u></p> <p>. Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos.</p>	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunido com o EEER orientador diariamente e com o professor orientador periodicamente, discutindo as reflexões e as aprendizagens realizadas. Refletido criticamente e construtivamente no meu processo de aprendizagem. Desenvolvido e elaborado diários de aprendizagem, reflexo da minha prática e reflexo da minha reflexão crítica, com base no pensamento reflexivo. Elaborado um relatório de estágio com base nas aprendizagens realizadas. <p>Crítérios</p> <p>De que modo as atividade desenvolvidas permitiram uma análise crítica e construtiva relativamente ao meu processo de ensino e aprendizagem. De que forma as atividades desenvolvidas permitiram desenvolver o meu relatório de estágio, de acordo com a aprendizagem desenvolvida.</p>

Objetivo Específico Área Temática (Ob)	Ob.1 Identificar os défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco de alteração de funcionalidade aos diversos níveis. • Recolher informação necessária a identificação as limitações da pessoa. • Identificação dos défices de autocuidado e a sua perceção pela pessoa e família. • Utilização de escalas adequadas. • Avaliação correta da pessoa, família e contexto/ambiente recorrendo a observação clínica especializada e metodologia científica e validada. • Desenho de plano de enfermagem de reabilitação individualizado, promovendo a integração da pessoa e família, com respeito pela sua autonomia e individualidade, e da equipa multidisciplinar. • Estabelecimento de metas realistas de acordo a pessoa e a família. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respetiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação em uso no serviço, guiões de observação e recolha de informação. • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações de área específica, sites da especialidade). <p><u>Físicos:</u> CMRA.</p> <p><u>Temporais:</u> . Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos.</p>	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificado défice de autocuidado da pessoa com patologia NM. • Avaliado a perceção da pessoa e família sobre os seus défices de autocuidado. • Conhecido a existência de escalas e utilizá-las adequadamente. • Avaliado a pessoa e família, incluindo os contextos presentes e previsíveis utilizando escalas validadas, em uso no serviço. • Desenhado um plano de reabilitação promovendo a integração da pessoa e família, respeitando a sua autonomia e individualidade. • Promovido a integração da equipa no desenho do planeamento. • Estabelecido metas realistas em conjunto com a pessoa e a família. <p>Critérios</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas permitiram identificar défices de autocuidado e desenvolver um planeamento de enfermagem de reabilitação global, envolvendo os vários intervenientes no processo.</p>

Objetivo Específico Área Temática (Ob)	Ob.2 Planejar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado da pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de plano de cuidados especializados e individualizados. • Execução de planeamento de acordo com a pessoa de intervenções que visam a redução das alterações de funcionalidade promovendo o autocuidado. • Integração dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global, multidisciplinar. • Prestação de cuidados, nas diferentes áreas de déficit de autocuidado identificadas, enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, de acordo com a avaliação efetuada. • Integração da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família) visando a promoção do autocuidado. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respetiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). • Equipamentos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CMRA. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos. 	Indicadores
			<p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrado os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global. • Definido um plano de cuidados especializados de acordo com o utente e a família • Prestado cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de déficit de autocuidado identificadas. • Integrado a pessoa e a família no cuidar, capacitando-os para o mesmo, promovendo o autocuidado. • Aprofundado e desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com déficit neuro-motor.
			Critérios
			<p>De que modo as atividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular</p>

Objetivo Específico Área Temática (Ob)	Ob.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseado no método científico do PE, que promovam o autocuidado à pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular, envolvendo a família.						
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação				
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Implementação de plano de cuidados especializados e individualizados.• Execução, com a pessoa e família, de intervenções que visem a redução das alterações de funcionalidade promovendo o autocuidado.• Encorajamento da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família) visando a promoção do autocuidado.• Demonstração de técnicas a pessoa e família como forma de promoção do autocuidado, através de pequenas reuniões informais com utente e família.• Realização de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor, englobadas no planeamento, aprofundando-as e desenvolvendo-as com o apoio do EEER orientador.• Avaliação dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Utentes do Serviço e respetiva família.• Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade).• Equipamentos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• CMRA. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultar Apêndice 3- Cronograma de Objetivos Específicos.	<table><tr><th>Indicadores</th></tr><tr><td><p>Ter:</p><ul style="list-style-type: none">• Implementado um plano de cuidados• Executado intervenções especializadas de acordo com o utente e a família.• Prestado cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de déficit de autocuidado identificadas.• Desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Demonstrado conhecimento sobre técnicas de promoção do autocuidado.• Aprofundado e desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Adequado a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoa e sua família.• Avaliado a qualidade e a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação</td></tr><tr><th>Critérios</th></tr><tr><td><p>De que modo as atividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular</p></td></tr></table>	Indicadores	<p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementado um plano de cuidados• Executado intervenções especializadas de acordo com o utente e a família.• Prestado cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de déficit de autocuidado identificadas.• Desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Demonstrado conhecimento sobre técnicas de promoção do autocuidado.• Aprofundado e desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Adequado a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoa e sua família.• Avaliado a qualidade e a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação	Critérios	<p>De que modo as atividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular</p>
Indicadores							
<p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementado um plano de cuidados• Executado intervenções especializadas de acordo com o utente e a família.• Prestado cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de déficit de autocuidado identificadas.• Desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Demonstrado conhecimento sobre técnicas de promoção do autocuidado.• Aprofundado e desenvolvido técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com déficit neuro-motor.• Adequado a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoa e sua família.• Avaliado a qualidade e a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação							
Critérios							
<p>De que modo as atividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com déficit neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular</p>							

Objetivo Específico Área Temática (Ob)	Ob.4 Promover a participação e integração social ativa da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nos cuidados de saúde primários e comunidade Realização de ensino, demonstração e treino das técnicas específicas de readaptação às atividades de vida diária à pessoa e família. Demonstração da utilização de produtos de apoio e utilizá-los em conjunto com a pessoa e família. Obtenção da validação do ensino, demonstração e utilização dos diferentes equipamentos e técnicas, através da demonstração e explicação por parte da pessoa e família. Identificação, em conjunto com a pessoa e família, possíveis barreiras arquitetónicas na comunidade/domicílio desenvolvendo estratégias para as ultrapassar. Avaliação e identificação recursos disponíveis na comunidade, enquadrados na legislação vigente, que possibilitem a integração social da pessoa. Integração e interação com os recursos existentes na comunidade, no sentido da continuidade do processo de cuidados de enfermagem 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respetiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). Equipamentos/produtos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> CMRA ACES Sintra Pêro Pinheiro. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3- Cronograma de Objetivos Específicos. 	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizado o ensino através de demonstração e treino das técnicas específicas na área de enfermagem de reabilitação e utilizar produtos de apoio, na readaptação às atividades de vida diária. Validado o ensino de enfermagem de reabilitação junto da pessoa e família pedindo a confirmação da informação e da execução da técnica. Identificado barreiras arquitetónicas e recursos na comunidade, dentro do quadro legal aplicável. Confirmado a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação na comunidade, através das atividades desenvolvidas que promovam o autocuidado do utente com patologia neuromuscular Contactado (via telefone ou outro meio de comunicação) com equipas de enfermagem (de preferência de reabilitação) no sentido de dar continuidade ao processo de cuidados de enfermagem <p>Critérios</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas promoveram o autocuidado, incrementando ou desenvolvendo a participação e integração social da pessoa com défice neuro-motor, com destaque na pessoa com patologia neuromuscular.</p>

Objetivo Específico da Área Complementar (Oc)	Oc.1 Desenvolver conhecimentos específicos sobre reabilitação funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa em fontes de conhecimento científico. Realização de pesquisa sobre funções cardiorrespiratória e motora. Realização de pesquisa sobre reabilitação respiratória, com ênfase na pessoa com patologia neuromuscular Implementação de conhecimento adquirido com apoio do EEER orientador. Implementação de técnicas de reabilitação funcional respiratória. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respetiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). Equipamentos/produtos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> CMRA ACES Sintra Pêro Pinheiro. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos. 	Indicadores
			<p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizado pesquisa em fontes de conhecimento científico. Implementado os conhecimentos adquiridos. Utilizado técnicas adequadas em situações de necessidade de reabilitação funcional respiratória. Validado as técnicas de RFR no utente em contexto de comunidade/domicílio
			Crítérios
			De que modo as atividades desenvolvidas permitiram desenvolver conhecimentos sobre enfermagem de reabilitação na área funcional respiratória.

Objetivo Específico da Área Complementar (Oc)	Oc.2 Desenvolver plano de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos problemas e necessidades da pessoa com patologia do foro respiratório que condicionem a necessidade de reabilitação funcional respiratória. Elaboração de plano de cuidados especializados e individualizados. Execução de planeamento, de acordo com a pessoa e a família, de técnicas a utilizar de forma a melhorar o desempenho cardiorrespiratório de acordo com os seus objetivos individuais. Integração dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global, multidisciplinar. Integração da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família). Integração de sessões de treino de resistência ao esforço no planeamento de reeducação funcional respiratória global. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respetiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). Equipamentos/produtos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> CMRA ACES Sintra Pêro Pinheiro. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3- Cronograma de Objetivos Específicos. 	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificado os problemas e necessidades da pessoa com patologia do foro respiratório que condicionem a necessidade de reabilitação funcional respiratória. Integrado os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global e em contexto de domicílio/comunidade. Definido um plano de cuidados especializados de acordo com a pessoa e a família, incluindo técnicas de melhoria do desempenho cardiorrespiratório. Integrado a pessoa e a família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual. Integrado sessões de treino resistência ao esforço no planeamento de reeducação funcional respiratória. Motivado o utente na continuidade terapêutica apreendida em contexto de internamento e na comunidade. <p>Crítérios</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas permitiram desenvolver conhecimentos e competências sobre enfermagem de reabilitação na área funcional respiratória, em contexto de internamento de reabilitação e na comunidade</p>

Objetivo Específico da Área Complementar (Oc)	Oc.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, com base no método científico do processo de enfermagem, à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/atividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de planos de cuidados especializados e individualizados para a pessoa e família. Execução, com a pessoa e família, de intervenções que visem a redução das alterações na função respiratória. Realização de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória com o apoio do EEER orientador. Adequação da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respetiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). Equipamentos/produtos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> CMRA ACES Sintra Pêro Pinheiro. <p>TEMPORAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objetivos Específicos. 	<p>Indicadores</p> <p>Ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementado planos de cuidados especializados e individualizados para a pessoa e família, em contexto de internamento e de comunidade. Executado intervenções especializados de acordo com o utente e a família que visem a redução das alterações na função respiratória. Realizado técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória com o apoio do EEER orientador. Adequado a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória. <p>Crítérios</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas permitiram a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória, em contexto de internamento de reabilitação e na comunidade.</p>

Ano	2014														2015								
Mês	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro					
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	--	--	13	14	15	16	17	18			
<div>Local de Estágio</div> <div>Objetivos</div>	CMRA – 3º ala esqª					AVD´s CMRA		CMRA 3º ala esqª		ACES Sintra ECCI Pêro Pinheiro					ACES Sintra - ECCI Pêro Pinheiro								
Oa1																							
Oa2																							
Ob1																							
Ob2																							
Ob3																							
Ob4																							
Oc1																							
Oc2																							
Oc3																							

Apêndice 3 Processos de Enfermagem de Reabilitação



V Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

U.C.

Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação 1

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato

Lisboa, 7 de Novembro de 2014



Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação da Sra. V. H.

Docente Orientador: Prof. Joaquim Paulo

Enfermeiro Orientador [REDACTED]

Discente: Frederico Fortunato, nº 5509

Lisboa, 7 de Novembro de 2014

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

Bat/min – batimentos por minuto

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CR – Cadeira de Rodas

DM – Diabetes *Mellitus*

HTA – Hipertensão Arterial

ITU – Infecção do Trato Urinário

MID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

Min – minuto(s)

mmHg – milímetros de mercúrio

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

TC-CE – Tomografia computadorizada crânio-encefálica

UP – Úlcera de Pressão

ÍNDICE

<u>1. COLHEITA DE DADOS</u>	1
<u>1.1 História Atual e pregressa</u>	1
<u>2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</u>	3
<u>3. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</u>	6
<u>4. AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA</u>	8
<u>4.1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS</u>	8
<u>5 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS</u>	9
<u>5.1- SENSIBILIDADE</u>	9
<u>5.2 - TÔNUS MUSCULAR</u>	9
<u>5.3 – AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO</u>	9
<u>6 – AVALIAÇÃO DE RISCOS</u>	10
<u>6.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA</u>	10
<u>3.2 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO</u>	10
<u>7 - PLANO DE CUIDADOS</u>	12

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 História Atual e pregressa

Nome, idade	Nome: V.H. Idade: 64 anos Género: Feminino Estado civil: Casada
Antecedentes pessoais	AVC Isquémico hemorrágico da ACM direita (hemiparesia esq ^a) HTA Dislipidémia DMII Cirurgia devido a incontinência urinária em 2009
Medicação Habitual	Nitrofurantoína, Escitalopram, trazodona, Rosuvastatina, Indapamida, Bisoprolol e Clopidogrel.
Situação atual familiar, habitacional, social:	Agregado familiar: vive com o marido e filha Cuidador Informal: (ainda não esteve no domicílio) marido? Filha? Morada: Loures Profissão: PSP aposentada Internada no Hospital Beatriz Ângelo no dia 24/07/2014 apresentando hemiparesia à esquerda e disartria. Posteriormente fez um TC-CE que evidenciou uma lesão isquémica aguda cortico-subcortical temporo-insular direito. Foi submetida de seguida trombólise e tendo como consequência uma transformação hemorrágica com efeito de massa. Como intercorrências cumpriu terapêutica dirigida por ITU a E. Coli

	<p>resolvida. Dia 8/08/2014 foi internada no Hospital do Mar para reabilitação motora até obter vaga no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). Segundo relato do HMar, a utente na instituição encontrava-se dependente nas AVD com disfagia e heminegligência marcada à esquerda que associados a uma diminuição da tolerância ao esforço limitavam a funcionalidade. Nessa instituição foi integrada num programa de reabilitação motora, terapia ocupacional e terapia da fala com evolução positiva.</p> <p>Internada no serviço 3º Esquerdo (3.1) do CMRA a 30 de Setembro de 2014 com diagnóstico de entrada de AVC isquémico da ACM Direita com PFC esquerda, com disartrofonía, disfagia para líquidos, hemiparesia esquerda espática (tónus G1 punho e dedos) com esboço de Movimentos Ativos no Membro Inferior Esquerdo. Controlava esfínteres. Equilíbrio estático sentado razoável e equilíbrio estático em Pé Ausente. Parcialmente depende nas AVD. Deambula em CR controlada por 3ª pessoa.</p> <p>Assim, necessita de apoio parcial para as transferências, incapaz de fazer marcha e desloca-se em cadeira de rodas controlada por 3ª pessoa. Tem cadeira de rodas adaptada com superfície de trabalho transparente com almofadamento no MSE para proteção do aparelho tegumentar do membro e aumentar a capacidade sensitiva do membro afetado.</p> <p>Devido a episódios recentes de ITU manifestado por polaquiúria apresenta incontinência urinária com pequenas perdas. Apresenta continência fecal. A eliminação apenas é eficaz quando vai à sanita com apoio parcial na transferência da cadeira de rodas para a sanita.</p>
--	--

2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º contato com a utente	28/10/2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calma. Motivada para o programa de reabilitação
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	28/10/2014
Tensão Arterial	110/65 mmHg
Frequência Cardíaca	67 bat/min
Frequência Respiratória	20 ciclos/min
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea Padrão: Toracoabdominal Amplitude: Média Ritmo: Regular Simetria: Presente
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	4 – Espontaneamente 3 – Por ordem 2 – À dor 1 – Nula
Resposta Verbal	5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Inapropriada 2 – Incompreensível 1 – Nula
Resposta Motora	6 – Obedece a Ordens 5 – Localiza a dor 4 – Foge à dor 3 – Flexão anormal 2 – Em extensão 1 – Nula
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do cliente)

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Durante a maioria do dia mantém controlo de esfíncter. Incontinência urinária por histórico recente de ITU com pequenas perdas para fralda. Eliminação apenas eficaz na sanita com ajuda parcial na transferência.
Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Controlo de esfíncter anal.
Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 8 a 9 horas seguidas. Gosta de se deitar cedo e repousar no leito após última grande refeição do dia.
Padrão atual de sono e repouso	Dorme por longos períodos

3. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	<u>Data do 1º contacto com o cliente:</u>
<p><u>Autocuidado</u></p> <p>A. Alimentação 5</p> <p>B. Higiene Pessoal 5</p> <p>C. Banho 4</p> <p>D. Vestir metade superior 3</p> <p>E. Vestir metade inferior 2</p> <p>F. Utilização da sanita 3</p> <p><u>Controlo dos Esfíncteres</u></p> <p>G. Bexiga 7</p> <p>H. Intestino 6</p> <p><i>Mobilidade</i></p> <p><u>Transferências</u></p> <p>I. Leito, cadeira, cadeira de rodas 3</p> <p>J. Sanita 3</p> <p>K. Banheira, Duche 3</p> <p><u>Locomoção</u></p> <p>L. Marcha/cadeira de rodas 2</p> <p>M. Escadas 1</p>	

<p><u>Comunicação</u></p> <p>N. Compreensão</p> <p>O. Expressão</p> <p><u>Cognição Social</u></p> <p>P. Interação Social</p> <p>Q. Resolução de problemas</p> <p>R. Memória</p>	<p>7</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>5</p> <p>6</p>
<u>Total</u>	78

Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em $\leq 25\%$)

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

4. AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

4.1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

Legenda:	MSE/ MIE	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração									
1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento	Dedos mão	0/5	0/5	0/5	0/5				
2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade	Punho	0/5	0/5					0/5	0/5
	Antebraço					1/5	1/5		
	Cotovelo	1/5	1/5						
3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade	Ombro	2/5	2/5	1/5	2/5	1/5	1/5		
	Dedos pé	0/5	0/5	0/5	0/5				
	Tibiotársica	3/5	3/5			2/5	2/5		
4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador	Joelho	2/5	3/5						
	Coxo- femural	2/5	3/5	2/5	1/5	1/5	1/5		
5/5- Força normal									

5 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

5.1- SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA				
Data da Avaliação				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface esquerda	D	M	NR	D
hemitorax esquerdo	D	M	NR	D
Memb. Sup. Esq.	D	M	NR	0
Memb. Inf. Esq.	D	M	NR	0

5.2 - TÓNUS MUSCULAR

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TÓNUS MUSCULAR – ESCALA DE *LOWER*

	Tónus Muscular
MSD	1
MSE	2
MID	1
MIE	1

5.3 – AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Para avaliação do equilíbrio foi testado o equilíbrio estático sentado que teve avaliação razoável e dinâmico não eficaz. Equilíbrio estático de pé ausente.

6 – AVALIAÇÃO DE RISCOS

6.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Avaliação realizada com recurso à Escala de *Morse*:

Escala de Quedas – Morse	
Histórico de quedas	0
Diagnóstico Secundário	15
Ajuda na Deambulação	0
Terapêutica	0
Postura no andar e na transferência	20
Estado Mental	0
TOTAL	35 – Médio Risco

3.2 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão	
Percepção Sensorial	3
Humidade	3
Atividade	2
Mobilidade	3
Nutrição	4

Fricção e Forças de Deslizamento	2
TOTAL	17 – Baixo Risco

7 - PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO			
Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração da força muscular no hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recuperar força muscular</i> • <i>Preservar a amplitude dos movimentos</i> • <i>Evitar ou inibir a instalação da espasticidade</i> • <i>Readquirir equilíbrio sentado e em pé</i> • <i>Estimular a sensibilidade</i> • <i>Estimular a visualização para o lado lesado</i> • <i>Prevenir complicações da imobilidade durante o período em que está no leito</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar sempre a Sra. V. H. pelo lado esquerdo “obrigando” à sua estimulação visual • Explicar os objetivos do programa de reabilitação e a forma como pode colaborar • Avaliar diariamente o grau de força muscular, usando a escala de <i>Lower</i> • Solicitar a sua colaboração nas atividades em que é capaz de colaborar • Realizar mobilizações passivas de todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo com grau de força igual ou inferior a 2 e mobilizações ativas assistidas com grau de força igual ou superior a 3, estimulando a doente à sua visualização, tendo em conta o limiar de dor demonstrado pela utente • Ensinar e estimular a automobilização do membro superior afectado com o auxílio do membro superior direito • Treinar para o equilíbrio sentado e em pé 	<p>6-11-2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente colaborante e motivada para o programa de reabilitação, e esforça-se por realizar de forma correta as atividades • Executadas mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais, no leito, com grau de força 2 igual ou inferior e mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos com força igual ou superior a 3 • Avaliado diariamente a força muscular nos segmentos afetados, que mantém pontuação da avaliação inicial • A utente realiza automobilizações no leito

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades terapêuticas (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito) • Ensinar e treinar nas transferências. • Posicionar utente de acordo com a preferência da utente, mas dando ênfase aos que mais contrariam o padrão espástico. • Programar e realizar levante com o doente, para cadeira de rodas e adaptação de superfície de trabalho transparente. • Recorrer às técnicas de facilitação cruzada • Avaliar T.A., para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante. • Iniciar quando possível treino de marcha • Cuidados genéricos relativos à prevenção das complicações da imobilidade (úlceras pressão), onde se inclui o levante diário e posicionamentos de forma a contrariar o aparecimento do padrão espástico. 	<p>mas necessita de supervisão para ter sucesso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado actividades terapêuticas com ajuda parcial (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito. • Realizados posicionamentos no leito com ajuda mínima, de forma a contrariar o padrão espástico • A utente realiza postura corporal com eficácia em posição sentada, necessitando de supervisão • A utente apresenta moderada dificuldade em identificar e visualizar objetos do lado afetado, com a atividade de facilitação cruzada

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração da força muscular no hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> ● Obter autonomia ● Prevenir aspiração devido disfagia e hemiparésia facial esquerda 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentar a Sra. V. H. com costas direitas e cabeça ligeiramente fletida ● Providenciar e vigiar dieta diabética, incentivar ingestão de líquidos golo a golo e não misturar sólidos com líquidos ● Alimentar pelo lado direito ● Oferecer pequenas quantidades de alimentos e colocar na metade posterior da língua do lado não afetado ● Explicar à sra V. H. e familiares a técnica de deglutição supra glótica cujo objetivo consiste no fechamento glótico antes e durante a deglutição, reduzindo risco de aspiração. ● Vigiar a higiene da boca (pesquisando restos alimentares) pela paralisia facial esquerda ● Incentivar à alimentação autonomamente. ● Orientar a família e Auxiliares de Acção Médica, relativamente à necessidade de estimular a Sra. V. H. na sua autonomia nas refeições, substituindo-o apenas no que for absolutamente necessário. ● Proporcionar um momento da refeição calmo, e com uma superfície estável para a refeição. 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ● É dextra pelo que leva os alimentos à boca com autonomia ● Mantém dependência modificada com score de 5 na Escala MIF – nos autocuidados – alimentação, nomeadamente, supervisão ou preparação dos alimentos. ● Mantém deglutição alterada de nível ligeiro,ingere líquidos do tipo “golo-a-golo” com eficácia

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO			
Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração da força muscular no hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Autocuidado	<p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obter autonomia na higiene. <p>Vestir e Despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incentivar o vestir e despir de forma autónoma 	<ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliar na higiene. Incentivar à autonomia, estimulando sempre que possível o autocuidado e a independência ● Incentivar a utente a pentear-se sozinha usando um espelho. ● Promover o autocuidado da higiene oral, disponibilizando o lavatório e espelho da enfermaria após as grandes refeições ● Estimular dentro das possibilidades da sua mobilidade atual, o autocuidado e a independência nesta atividade de vida. ● Ensinar a Sra. V. H. na AVD - vestir e despir -com a técnica mais adequado às suas limitações, se necessário providenciar ajudas técnicas ● Recomendar o uso de calçado apropriado, fechado e com sola antiderrapante 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prestado cuidados de higiene com ajuda parcial (indivíduo > 50%) aumentando o score de transferência banho/cadeira da escala MIF para 4, mas mantém score de 4 no autocuidado do banho (lavar o corpo). ● A utente realizou o vestir a metade superior com ajuda mínima (indivíduo > 75%), aumentando o score do vestir metade superior do corpo de 3 para 4 na escala MIF

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défice do autocuidado eliminação vesical relacionada com a patologia manifestada por incontinência urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir infeções urinárias decorrentes da incontinência do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar eliminação vesical; • Ensino e promoção da técnica segura e eficiente da transferência para a sanita com ajuda total; • Providenciar arrastadeira com ajuda total no leito. • Detectar precocemente eritemas devido ao contacto da pele com a urina. • Incentivar a ingestão hídrica; • Vigiar as características da urina. 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém necessidade de Ajuda total na colocação da arrastadeira no leito e necessita apenas de Ajuda parcial para transferência para sanita, mudando o score da Escala MIF de 3 para 4 na subcategoria nas transferências para a sanita. • Mantém terapêutica por ITU recente e apresenta pequenas perdas urinárias para a fralda.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défice do autocuidado eliminação intestinal relacionado com a patologia manifestada por incontinência fecal	Manter e regularizar a eliminação intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a ingestão hídrica e alimentar adequada • Assegurar privacidade • Otimizar reflexo gastro-cólico • Executar massagem abdominal • Executar estimulação digital da ampola rectal se necessário • Administrar terapêutica laxante em SOS 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém necessidade de Ajuda total na colocação da arrastadeira no leito e necessita apenas de Ajuda parcial para transferência para sanita, mudando o score da Escala MIF de 3 para 4 na subcategoria nas transferências para a sanita.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de aparecimento de UP relacionado com a patologia manifestado pela diminuição do autocuidado mobilizar-se de forma autónoma.	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir o aparecimento de UP 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter pele hidratada, com ingestão hídrica adequada; ● Garantir dieta adequada; ● Aplicar creme hidratante, com suave massagem para estimular a circulação sanguínea; ● Vigiar alterações das zonas com maior risco. ● Incentivar a utente acerca da importância da mudança frequente de posição (no leito). 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantida a pele limpa, seca, e hidratada. Massajado com creme hidratante. Sem sinais de úlcera de pressão. Mantém Score 17, na Escala de Braden. ● Cumprido programa de posicionamentos no leito, de atividades terapêuticas e AVD com eficácia

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de Queda relacionada com o risco moderado da Escala de Quedas de Morse com um score de 35	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a ocorrência de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, presença de dispneia, oximetrias periféricas); • Avaliar Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de Morse. • Elevar as grades da cama enquanto permanecer no leito. • Ensinar a Sra. V. H. a identificar os riscos de queda durante o autocuidado nas AVD • Identificar as condições da sua habitação no domicílio, aquando a alta, em termos de barreiras arquitectónicas e condições facilitadoras da queda. 	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém o nível de médio risco na Escala de Quedas de Morse com um score de 35 • Cumprido programa de posicionamentos no leito, de atividades terapêuticas e AVD de forma segura e sem intercorrências

ANEXOS

ESCALA DE LOWER – Avaliação da Força Muscular

ESCALA DE FORÇA MOTORA

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

ESCALA COMA GLASGOW

Abertura dos Olhos

- 1 - Nenhuma
- 2 - Resposta à dor
- 3 - Resposta à fala
- 4 - Espontânea

Melhor resposta verbal

- 1 - Nenhuma
- 2 - Sons incompreensíveis
- 3 - Palavras inadequadas
- 4 - Confusa
- 5 - Orientada

Melhor Resposta Motora

- 1 - Nenhuma
- 2 - Descerebração (extensão anormal dos membros)
- 3 - Decorticação (flexão anormal dos membros superiores)
- 4 - Retirada
- 5 - Localiza o estímulo doloroso
- 6 - Obedece a comandos verbais

Geralmente, os comas são classificados como:

- Severo, com ECG ≤ 8
- Moderado, ECG de 9 a 12
- Menor, ECG ≥ 13 .

ESCALA MIF: MEDIDA DE INDEPÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal)	SEM AJUDA	
	6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		
	5 – Supervisão	AJUDA	
	4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)		
	3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$)		
	2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)		
	1 – Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)		
AUTOCUIDADOS		Admissão	Após 3 meses
A – Alimentação			
B – Higiene Pessoal			
C – Banho (Lavar o corpo)			
D – Vestir metade superior			
E – Vestir metade inferior			
F – Utilização de sanita			
CONTROLO DE ESFINCTERES		Admissão	Após 3 meses
G – Bexiga			
H – Intestino			
MOBILIDADE		Admissão	Após 3 meses
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J – Sanita			
K – Banheiro			
LOCOMOÇÃO		Admissão	Após 3 meses
L – Marcha/cadeira de rodas			
M – Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão			
O – Expressão			
COGNICÃO SOCIAL		Admissão	Após 3 meses
P – Interação social			
Q – Resolução de problemas			
R – Memória			
TOTAL			
(Não deixe nenhum ponto em branco: se não testavel marque 1)			

Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em $\leq 25\%$)

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Escala de Quedas **MORSE**

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Serviço: _____

Cama: _____

Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, e muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos dias deitado ou sentado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades com ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobres: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior refeição. Faz quatro refeições de proteínas (carne, peixe, lacticínios) por dia. Recusa uma refeição, mas geralmente um suplemento caso necessário. OU é alimentado por sonda ou numa nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem qualquer dificuldade. Tem força muscular suficiente para levantar completamente durante a mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Escala de *Braden* – Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão



V Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

U.C.

Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação - 2

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato

Lisboa, 24 de Novembro de 2014



Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação da Sra. I. S.

Docente Orientador: Prof. Joaquim Paulo

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Discente: Frederico Fortunato, nº 5509

Lisboa, 24 de Novembro de 2014

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

Bat/min – batimentos por minuto

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CR – Cadeira de Rodas

DM – Diabetes *Mellitus*

HSM – Hospital de Santa Maria

HTA – Hipertensão Arterial

ITU – Infecção do Trato Urinário

MA – movimentos ativosMID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

MIF – Medida de Independência Funcional

Min – minuto(s)

mmHg – milímetros de mercúrio

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

QNM – Quadro Nórdico Músculo-esquelético

TC-CE – Tomografia computadorizada crânio-encefálica

UP – Úlcera de Pressão

ÍNDICE

<u>1. COLHEITA DE DADOS</u>	1
<u>5.1- HISTÓRIA NATURAL E PREGRESSA</u>	1
<u>2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</u>	3
<u>3. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</u>	6
<u>4. AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA</u>	7
<u>4.1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS</u>	7
<u>5 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS</u>	9
<u>5.1- SENSIBILIDADE</u>	9
<u>5.2 - TÔNUS MUSCULAR</u>	9
<u>5.3 – AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO</u>	9
<u>6 – AVALIAÇÃO DE RISCOS</u>	10
<u>6.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA</u>	10
<u>3.2 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO</u>	10
<u>7 - PLANO DE CUIDADOS</u>	11
<u>ANEXOS</u>	Erro! Indicador não definido.

1. COLHEITA DE DADOS

5.1- HISTÓRIA NATURAL E PREGRESSA

Nome, idade	Nome: I. S. Idade: 43 anos Género: Feminino Estado civil: Casada Parentalidade: 1 filho (11 anos)
Antecedentes pessoais	Esclerose Múltipla – secundariamente progressiva HTA Status pós fratura vertebral Rinite alérgica
Medicação Habitual	Ezetimiba, Arlevert®, Glicerina supositório, Viartril, Magnésio, Escitalopram, Oxibutinina, Captopril SOS, Paracetamol SOS, Lactolose SOS
Situação atual familiar, habitacional, social:	Agregado familiar: vive com o marido e filho de 11 anos Cuidador Informal: marido e empregada doméstica Morada: Lisboa Profissão: Economista – Diretora Financeira de Empresa Esclerose múltipla diagnosticada em 2003 e seguida em consulta de Neurologia no Hospital de Santa Maria. Inicialmente manifestada sob forma de surto-remissão e atualmente sob a forma sob forma secundária progressiva. Desde 2012 quadro de agravamento exponencial dos sintomas, nomeadamente, fadiga e fraqueza muscular. Em dezembro de 2012 realizava marcha com auxílio de duas canadianas, data em que sofreu queda

	<p>onde resultou fratura da apófise transversa lombar. Desde aí perda progressiva de capacidade para a marcha, apesar de, simultaneamente, realizar reabilitação no HSM. No dia 28 de agosto de 2014 foi observada em consulta de fisioterapia no serviço de consultas externas do CMRA, onde foi proposta para internamento com os seguintes objetivos: treino de AVD para ganho de maior autonomia e segurança; avaliação e reeducação de alterações da fala e deglutição; melhoria da força muscular e destreza manual; melhoria do controlo postural e equilíbrio sentado e de pé; tentativa de treino de marcha (com o objetivo de marcha domiciliaria); avaliação urodinâmica e reeducação de esfíncteres; estudo das ajudas técnicas com ensino aos familiares/cuidadores.</p> <p>Internada no serviço 3º Esquerdo (3.1) do CMRA a 16 de Outubro de 2014 com diagnóstico de entrada de Esclerose Múltipla (forma secundária), manifestada por tetraparésia com predomínio do hemicorpo esquerdo. No momento da admissão encontrava-se consciente, orientada e colaborante, bom estado geral, alteração da memória e comunicação funcional com discurso fluente mas disártrico e lentificado. Após avaliação da deglutição apresenta disfagia aos líquidos e sólidos moderada. Aplicado o instrumento de autopreenchimento QNM, demonstrando tetraparésia atáxica crural com predomínio do lado esquerdo, movimento ativo em arco parcial a todos os níveis. O MSE com movimento ativo contra gravidade e contra resistência ligeira no cotovelo. O MIE com movimento ativo fraco ao nível da anca contra gravidade e completo arco de movimento na articulação do joelho e tibio-társica. Os MSD e MID com movimentos ativos a todos os níveis completando arco. Apresenta uma diminuição da destreza manual, um equilíbrio sentada estável, por contrário apresenta ausência de</p>
--	---

	equilíbrio em pé sem ajuda. Movimentos ativos acompanhados por ataxia na cabeça, pescoço e membros superiores. Apresenta incontinência urinária de urgência de grau elevado resultando no não controlo de esfíncter vesical. Deambula em cadeira de rodas propulsionada por terceira pessoa. Encontra-se parcialmente dependente nas AVD.
--	---

2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º Contato com a utente	25/10/2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calma. Motivada para o programa de reabilitação
Estado Emocional	Algum sentimento de tristeza e ansiedade. Dificuldade em lidar com o isolamento no domicílio.
Comunicação	Verbaliza de forma coerente

Circulação/Oxigenação	
Data	25/10/2014
Tensão Arterial	136/82 mmHg
Frequência Cardíaca	69 bat/min
Frequência Respiratória	20 ciclos/min
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea Padrão: Toracoabdominal

	<p>Amplitude: Média</p> <p>Ritmo: Regular</p> <p>Simetria: Presente</p> <p>Tem cansaço a médios esforços</p>
Secreções:	Ausentes
Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas ligeiramente desidratadas.

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	<p>4 – Espontaneamente</p> <p>3 – Por ordem</p> <p>2 – À dor</p> <p>1 – Nula</p>
Resposta Verbal	<p>5 – Orientada</p> <p>4 – Confusa</p> <p>3 – Inapropriada</p> <p>2 – Incompreensível</p> <p>1 – Nula</p>
Resposta Motora	<p>6 – Obedece a Ordens</p> <p>5 – Localiza a dor</p> <p>4 – Foge à dor</p> <p>3 – Flexão anormal</p> <p>2 – Em extensão</p> <p>1 – Nula</p>
Score	15

(o que está a negrito foi a resposta do cliente)

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Sofre de incontinência urinaria de reflexa. Micções reflexas precedidas ou não de urgência para fralda.
Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Controlo de esfíncter anal.
Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Dorme por períodos durante o dia e á noite cerca de 6 a 7 horas seguidas no leito.
Padrão atual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 6 a 7 horas de sono. Pequenos períodos de repouso durante o dia e nos intervalos das atividades, motivados por cansaço

3. AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

MIF - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	<u>Data do 1º contacto com o cliente:</u>
<p><u>Autocuidado</u></p> <p>A. Alimentação 5</p> <p>B. Higiene Pessoal 3</p> <p>C. Banho 3</p> <p>D. Vestir metade superior 1</p> <p>E. Vestir metade inferior 1</p> <p>F. Utilização da sanita 2</p> <p><u>Controlo dos Esfíncteres</u></p> <p>G. Bexiga 1</p> <p>H. Intestino 5</p> <p><i>Mobilidade</i></p> <p><u>Transferências</u></p> <p>I. Leito, cadeira, cadeira de rodas 2</p> <p>J. Sanita 2</p> <p>K. Banheira, Duche 2</p> <p><u>Locomoção</u></p> <p>L. Marcha/cadeira de rodas 2</p> <p>M. Escadas 1</p> <p><u>Comunicação</u></p> <p>N. Compreensão 7</p> <p>O. Expressão 5</p> <p><u>Cognição Social</u></p> <p>P. Interação Social 5</p> <p>Q. Resolução de problemas 4</p> <p>R. Memória 4</p>	
<u>Total</u>	55

Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%)

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%)

Dependência Completa

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

4. AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

4.1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

HEMICORPO ESQUERDO

Legenda:	MSE/ MIE	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração									
1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento	Dedos mão	3/5	3/5	2/5	2/5				
	Punho	4/5	4/5					3/5	3/5
2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade	Antebraço					1/5	1/5		
	Cotovelo	3/5	4/5						
	Ombro	3/5	4/5	4/5	3/5	4/5	4/5		
3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade	Dedos pé	2/5	2/5	2/5	2/5				
	Tibiotársica	3/5	4/5			3/5	3/5		
4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador	Joelho	3/5	4/5						
	Coxo-femural	3/5	4/5	4/5	3/5	3/5	3/5		
5/5- Força normal									

HEMICORPO DIREITO

Legenda: 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSD/ MID	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Punho	5/5	5/5					4/5	4/5
	Antebraço					4/5	4/5		
	Cotovelo	5/5	5/5						
	Ombro	4/5	4/5	4/5	4/5	5/5	5/5		
	Dedos pé	5/5	5/5	4/5	4/5				
	Tibiotársica	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Joelho	4/5	4/5						
	Coxo-femural	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5		

5 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

5.1- SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA				
Data da Avaliação				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface esquerda	M	M	NR	M
Hemiface direita	M	M	NR	M
Hemitorax esquerdo	M	M	NR	M
Hemitorax direito	M	M	M	M
MSE	M	M	NR	M
MIE	M	M	NR	M
MSD	M	M	NR	M
MID	M	M	NR	M

5.2 - TÓNUS MUSCULAR

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TÓNUS MUSCULAR – ESCALA DE *LOWER*

	Tónus Muscular
MSD	1
MSE	1
MID	1
MIE	1+

5.3 – AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Para avaliação do equilíbrio foi testado o equilíbrio estático sentado que teve avaliação muito instável e dinâmico não eficaz. Equilíbrio estático de pé ausente, assume posição de pé com apoio de duas pessoas.

6 – AVALIAÇÃO DE RISCOS

6.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Avaliação realizada com recurso à Escala de *Morse*:

Escala de Quedas – Morse	
Histórico de quedas	0
Diagnóstico Secundário	15
Ajuda na Deambulação	0
Terapêutica	0
Postura no andar e na Transferência (usar sanitário)	20
Estado Mental	0
TOTAL	35 – Médio Risco

3.2 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão	
Percepção Sensorial	3
Humidade	2
Atividade	2
Mobilidade	2
Nutrição	3
Fricção e Forças de Deslizamento	3
TOTAL	15 – Alto Risco

7 - PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO			
Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração da força muscular, com predominância no no hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recuperar força muscular, aumentando a força muscular com predominância do hemicorpo esquerdo</i> • <i>Aumentar resistência aos esforços</i> • <i>Readquirir equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé</i> • <i>Estimular a sensibilidade</i> • <i>Prevenir complicações da imobilidade durante o período em que está no leito</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os objetivos do programa de reabilitação e a forma como pode colaborar • Avaliar diariamente o grau de força muscular, usando a escala de <i>Lower</i> • Solicitar a sua colaboração nas atividades em que é capaz de colaborar • Realizar mobilizações passivas de todos os segmentos articulares com grau de força igual ou inferior a 2 e mobilizações ativas assistidas com grau de força igual ou superior a 3, estimulando a doente à sua visualização, tendo em conta o limiar de dor demonstrado pela utente • Ensinar e estimular a automobilização dos membros superiores • Treinar para o equilíbrio sentado estático e, se possível, equilíbrio dinâmico • Realizar atividades 	<p>19-11-2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente colaborante e moderadamente motivada para o programa de reabilitação, e esforça-se por realizar de forma correta as atividades, mas depende das restantes atividades programadas para o restante tempo do dia • Executadas mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais, no leito, com grau de força 2 igual ou inferior e mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos com força igual ou superior a 3 • Avaliado diariamente a força muscular nos segmentos afetados, que mantém pontuação da avaliação inicial • A utente realiza automobilizações no leito mas

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
		<p>terapêuticas (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar e treinar nas transferências. • Supervisionar posicionamentos no leito • Programar e realizar levante com o doente para a posição de pé com ajuda do <i>Standing frame</i> elétrico ou, se possível, mecânico • Avaliar T.A., para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante. • Iniciar quando possível treino de marcha • Prestar cuidados genéricos relativos à prevenção das complicações da imobilidade (úlceras pressão), onde se inclui o levante diário e supervisionar posicionamentos no leito, incentivando à alternância de decúbitos 	<p>necessita de supervisão para ter sucesso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado atividades terapêuticas com ajuda parcial (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito. • A utente realiza postura corporal em posição sentada estática com mais eficácia, mas ainda necessita de ajuda parcial • A utente não apresenta dificuldade em identificar e visualizar objetos, mas apresenta ligeiro estereagnosia do lado esquerdo
Alteração da	• Adquirir e manter um	• Explicar ao Sr. C.A. todos os	19-11-2014

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
<p>mobilidade relacionada com intolerância à atividade e fadiga, manifestada</p> <p>dependência nas AVD ao nível do autocuidado.</p>	<p><i>padrão de respiração eficaz.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Recuperar a mobilidade costal e diafragmática.</i> ● <i>Aumentar a expansão pulmonar</i> ● <i>Fortalecimento da força muscular respiratória:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Aumentar a resistência aos músculos da inspiração</i> ✓ <i>Diminuir a ocorrência de fadiga muscular</i> ● <i>Correção da postura corporal incorrecta.</i> ● <i>Reduzir a dispneia e aumentar a capacidade de tolerância ao exercício.</i> 	<p>procedimentos a ser adotados, a importância dos mesmos e da sua participação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciencialização e controlo da respiração; ○ Dissociação dos tempos respiratórios ○ Reeducação da hemícupula diafragmática bilateral (inspiração e expiração); ○ Reeducação costal seletiva bilateral e global com/sem bastão ● Ensinar exercícios e técnicas de conservação de energia, como respiração com os lábios semicerrados. ● Ensinar a realização das AVD do autocuidado na posição e momento respiratório com menor gasto de energia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizadas técnicas de RFR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição de relaxamento; ○ Consciencialização dos tempos respiratórios; ○ Dissociação dos tempos respiratórios; ○ Reeducação diafragmática; ○ Manobras acessórias: compressões e vibrações torácicas; ○ Ensino da tosse assistida; ○ Reeducação costal seletiva (bilateral). ● Realizou treino de exercício – através exercícios ativos-assistidos e resistidos no leito. ● Aconselhamento de algumas técnicas de conservação de energia - extensão dos MI na fase inspiratória e flexão dos MI na fase expiratória – na realização de AVD. ● Apresenta moderada tolerância ao esforço durante a manhã, baixa tolerância durante a tarde e moderada no fim da tarde/início da noite.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com a diminuição da força muscular com predominância do hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> ● Obter autonomia ● Prevenir aspiração devido disfagia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentar a Sra. I. S. com costas direitas e cabeça ligeiramente fletida ● Providenciar e vigiar dieta diabética, incentivar ingestão de líquidos golo a golo e não misturar sólidos com líquidos ● Oferecer pequenas quantidades de alimentos ● Explicar à sra I.S. e familiares a técnica de deglutição supra glótica cujo objetivo consiste no fechamento glótico antes e durante a deglutição, reduzindo risco de aspiração. ● Incentivar ao desempenho de tarefas manuais como forma de treinamento de destreza manual, através de objetos simples ou específicos terapêuticos. ● Incentivar à alimentação autonomamente. ● Orientar a família e Auxiliares de Acção Médica, relativamente à necessidade de estimular a Sra. I. S. na sua autonomia nas refeições, substituindo-o apenas no que for absolutamente necessário. ● Proporcionar um momento da refeição calmo, e com uma superfície estável para a refeição. 	<p>19/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apesar dos movimentos atáxicos, é funcional no momento da alimentação. ● Mantém dependência modificada com score de 5 na Escala MIF – nos autocuidados – alimentação, nomeadamente na preparação dos alimentos. ● Mantém deglutição alterada de nível ligeiro, ingere líquidos do tipo “golo-a-golo” com eficácia. Boa eficácia na deglutição de sólidos.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com a diminuição da força muscular, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Autocuidado	<p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obter autonomia na higiene. <p>Vestir e Despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Incentivar o vestir e despir de forma autónoma</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliar na higiene. Incentivar à autonomia, estimulando sempre que possível o autocuidado e a independência ● Incentivar a utente a pentear-se sozinha usando um espelho. ● Promover o autocuidado da higiene oral, disponibilizando o lavatório e espelho da enfermaria após as grandes refeições ● Estimular dentro das possibilidades da sua mobilidade atual, o autocuidado e a independência nesta atividade de vida. ● Ensinar a Sra. I. S. na AVD - vestir e despir -com a técnica mais adequado às suas limitações, se necessário providenciar ajudas técnicas ● Incentivar na aplicação das técnicas de conservação de energia no vestir/despir, previamente apreendidas na RFR. ● Recomendar o uso de calçado apropriado, fechado e com sola antiderrapante 	<p>19/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prestados cuidados de higiene com ajuda máxima (indivíduo > 25%) aumentando o score de transferência banho/cadeira da escala MIF para 3, mas mantém score de 3 no autocuidado do banho (lavar o corpo). ● A utente realizou o vestir a metade superior com ajuda moderada (indivíduo > 25%-49%), aumentando o score do vestir metade superior do corpo de 1 para 2 na escala MIF e na metade inferior aumentou do score 1 para 2 necessitando de ajuda máxima.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Déficé do autocuidado eliminação vesical relacionada com a patologia manifestada por incontinência urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir infeções urinárias decorrentes da incontinência urinária reflexa da utente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar eliminação vesical para a fralda. • Detetar precocemente eritemas devido ao contacto da pele com a urina. • Incentivar a ingestão hídrica. • Vigiar as características da urina. • Colaborar na realização de um estudo urodinâmico. 	<p>19/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém score 1 na MIF na eliminação vesical • Estudo urodinâmico: confirma micções reflexas, bexiga com normocapacidade, sensibilidade propriocetiva diminuída, não iniciou micção voluntária, apesar de não ter percas urinárias durante o exame, ligeira hipertrofia no esfíncter uretral

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défi ce do autocuidado eliminação intestinal relacionado com a patologia manifestada por incontinência fecal	Manter e regularizar a eliminação intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a ingestão hídrica e alimentar adequada • Assegurar privacidade • Otimizar reflexo gastro-cólico • Executar massagem abdominal • Executar estimulação digital da ampola rectal se necessário • Administrar terapêutica laxante em SOS 	19/11/2014 <ul style="list-style-type: none"> • Mantém necessidade de Ajuda total na colocação da arrastadeira no leito e necessita de Ajuda máxima para transferência para sanita, mudando o score da Escala MIF de 1 para 2 na subcategoria nas transferências para a sanita.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de aparecimento de UP relacionado com a patologia manifestado pela diminuição do autocuidado mobilizar-se de forma autónoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir o aparecimento de UP 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter pele hidratada, com ingestão hídrica adequada; • Garantir dieta adequada; • Aplicar creme hidratante, com suave massagem para estimular a circulação sanguínea; • Vigiar alterações das zonas com maior risco. • Incentivar a utente acerca da importância da mudança frequente de posição (no leito). 	<p>19/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantida a pele limpa, seca, e hidratada. Massajado com creme hidratante. Sem sinais de úlcera de pressão. Mantém Score 15, na Escala de Braden. • Cumprido programa de posicionamentos no leito, de atividades terapêuticas e AVD com eficácia

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de Queda relacionada com o risco moderado da Escala de Quedas de Morse com um score de 35	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a ocorrência de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, presença de dispneia, oximetrias periféricas); • Avaliar Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de Morse. • Elevar as grades da cama enquanto permanecer no leito. • Ensinar a Sra. I. S. a identificar os riscos de queda durante o autocuidado nas AVD • Identificar as condições da sua habitação no domicílio, aquando a alta, em termos de barreiras arquitectónicas e condições facilitadoras da queda. 	<p>19/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém o nível de médio risco na Escala de Quedas de <i>Morse</i> com um score de 35 • Cumprido programa de posicionamentos no leito, de atividades terapêuticas e AVD de forma segura e sem intercorrências



V Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

U.C.

Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação - 3

Frederico Daniel Teles Dinis Fortunato

Lisboa, 9 de Fevereiro de 2015



Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem em Reabilitação - 3

Docente Orientador: Prof. Joaquim Paulo

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Discente: Frederico Fortunato, nº 5509

Lisboa, 9 de Fevereiro de 2015

ÍNDICE

<u>1. COLHEITA DE DADOS</u>	1
<u>5.1- HISTÓRIA NATURAL E PREGRESSA</u>	1
<u>2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</u>	3
<u>2.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA</u>	5
<u>2.2 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE</u>	7
<u>2.3 AVALIAÇÃO DO REFLEXO:</u>	7
<u>2.4 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO:</u>	8
<u>2.5 AVALIAÇÃO DA MARCHA:</u>	8
<u>2.5 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR</u>	9
<u>3. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE</u>	12
<u>3.1 ESCALA DE AVALIAÇÃO NO UTENTE COM AVC – NIHSS</u>	12
<u>3.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ATRAVÉS DO ÍNDICE DE BARTHEL:</u>	12
<u>4. AVALIAÇÃO DE RISCO</u>	15
<u>4.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA</u>	15
<u>4.2 AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO</u>	16
<u>5. PLANO DE CUIDADOS</u>	17
<u>ANEXOS</u>	Erro! Indicador não definido.

1. COLHEITA DE DADOS

5.1- HISTÓRIA NATURAL E PREGRESSA

Nome, idade	Nome: J. P. Idade: 68 anos Género: Masculino Estado civil: Casado Parentalidade: 2 filhos (35 e 43 anos)
Antecedentes pessoais	AVC hemorrágico em 2009 hemisfério direito manifestado com hemiparesia do lado esquerdo D. Parkinson HTA DM insulinotratado
Medicação Habitual	Minirin, Insulatard sob esquema 32u-0-14u, Triticum AC, Candesartan, Parkadina, Rivotril
Situação atual familiar, habitacional, social:	Agregado familiar: Vive com a esposa e o sogro Cuidador Informal: Esposa e apoio domiciliário de uma IPSS local Morada: Freguesia de Almargem do Bispo, concelho de Sintra Profissão: Reformado de operário fabril emigrado na Alemanha Contexto: Utente recorreu ao SU do Hospital Fernando Fonseca a 3 de Julho de 2014 por dispneia onde foi diagnosticado infeção

	<p>pulmonar.</p> <p>A 15 de julho é referenciado do HFF no momento do regresso à comunidade para os cuidados de saúde primários para a necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio para tratamento de ferida por UP na região sagrada. É inscrito na ECCI através da RNCCI para cuidados de saúde no domicílio pela equipa de enfermagem.</p> <p>No momento o utente:</p> <p>Encontra-se consciente, calmo e colaborante</p> <p>Reconhece familiares, mas encontra-se afásico, sendo difícil perceber se está orientado no tempo, espaço e pessoa.</p> <p>Mantém total dependência nas AVD.</p> <p>A cuidadora é a esposa, mas tem apoio diário dos parceiros sociais – IPSS local – para higiene e conforto</p> <p>Vive num foco familiar composto pelo utente, esposa e sogro. Os 2 filhos visitam o domicílio aos fins de semana de forma aleatória e sempre que necessário. O filho mais velho colabora e realiza continuidade do programa, previamente, treinado pelo EEER , para continuar o treino de marcha.</p> <p>Alimenta-se com auxílio de terceiros, mas sem alterações de deglutição.</p> <p>Faz levantar diário para o cadeirão com ajuda total.</p> <p>Glicémias controladas com dieta instituída sob insulino terapia conforme esquema prescrito. Adesão e gestão ao regime terapêutico é gerido pela cuidadora (esposa)</p> <p>Apresenta períodos de obstipação onde estabeleceram ensinamentos à esposa sobre alimentação e hábitos que favoreçam o trânsito intestinal que tem apresentado efeito.</p>
--	---

2 – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º Contato com o utente	05-12-2014
Avaliação Psicológica	Consciente e calmo. Motivação aparentemente positiva, conforme resposta positiva às indicações do enfermeiro avaliador
Estado Emocional	Difícil de avaliar, aparentemente, episódios de labilidade emocional, segundo relato da esposa, sob forma de períodos de choro.
Comunicação	Afasia de Broca

Circulação/Oxigenação	
Data	05-12-2014
Tensão Arterial	111/88 mmHg
Frequência Cardíaca	69 bat/min
Frequência Respiratória	20 ciclos/min
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea Padrão: Toracoabdominal Amplitude: Média Ritmo: Regular Simetria: Presente Pequenos suspiros ocasionalmente
Secreções:	Presentes de forma límpida

Pele e mucosas:	Pele quente e seca, corada e hidratada. Mucosas ligeiramente desidratadas.
-----------------	--

Eliminação Vesical	
Padrão habitual de eliminação vesical	Incontinência urinária. Micção para a fralda
Eliminação intestinal	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Incontinência fecal. Dejeções para a fralda.
Sono e Repouso	
Padrão habitual de sono e repouso	Dorme por períodos durante o dia e á noite cerca de 6 a 7 horas seguidas no leito.
Padrão atual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 6 a 7 horas de sono.

3. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

A avaliação neurológica da pessoa com AVC constitui para a enfermagem um ponto de partida para um adequado diagnóstico, planeamento e intervenção. A prioridade na recolha de informação deve ter em conta a situação imediata da pessoa e as suas necessidades, sendo que “uma correta neuroavaliação das alterações, ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da Reabilitação” (Menoita, 2012, p.40).

2.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Estado de Consciência – Escala de Glasgow	
Abertura dos olhos	4 – Espontaneamente 3 – Por ordem 2 – À dor 1 – Nula
Resposta Verbal	5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Inapropriada 2 – Incompreensível 1 – Nula
Resposta Motora	6 – Obedece a Ordens 5 – Localiza a dor 4 – Foge à dor 3 – Flexão anormal 2 – Em extensão 1 – Nula
Score	12

(o que está a negrito foi a resposta do cliente)

Nota: O score 2 na resposta verbal é devido a afasia do tipo Broca. O Score 6 na resposta motora, apesar de obedecer a ordens simples, é conseguido de forma lentificada e após alguns segundos.

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM: afasia de broca

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS:

VII par - Facial	<ul style="list-style-type: none">➤ Observada paralisia facial parcial (na parte inferior) e apagamento do sulco nasogeniano com desvio da comissura labial para o lado esquerdo, após se ter solicitado ao utente para sorrir e assobiar. Pediu-se também para franzir o sobrolho e encerrar firmemente as pálpebras, ação que conseguiu desempenhar sem alterações. Apresenta dificuldade em manter a saliva dentro da boca, mas consegue fazer encerramento dos lábios.
IX – Nervo Glossofaringeo	<ul style="list-style-type: none">➤ Foi observado elevação e contração do palato mole e úvula e deglutição➤ Não consegue bocejar ou dizer “ah” – Dificuldade linguagem
XI – Espinhal (acessório)	<ul style="list-style-type: none">➤ Observado hiperextensão do pescoço e ligeira depressão do ombro esquerdo
Restantes pares cranianos	<ul style="list-style-type: none">➤ Foi de difícil perceção a avaliação dos restantes pares cranianos devido alteração de linguagem (afasia de Broca) bem como a evolução degenerativa do parkinsonismo

AVALIAÇÃO PUPILAR:

DIÂMETRO	3 mm (2-6mm)
FORMA	Circular
SIMETRIA	Isocóricas
FOTORREAÇÃO	Presente
VELOCIDADE DE REAÇÃO	Normal

2.2 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

LEGENDA: M- MANTIDA; D- DIMINUÍDA; 0- AUSENTE; NR- NÃO REALIZADA; NP – NÃO PERCETÍVEL				
	Tátil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface esquerda	M	M	NR	NP
Hemiface direita	M	M	NR	NP
Hemitorax esquerdo	M	M	NR	NP
Hemitorax direito	M	M	NR	NP
MSE	M	M	NR	NP
MIE	M	M	NR	NP
MSD	M	M	NR	NP
MID	M	M	NR	NP

2.3 AVALIAÇÃO DO REFLEXO:

Ausência de sinal positivo de Babinsky, respondendo com flexão plantar do pé após estímulo preconizado para pesquisa do reflexo.

2.4 AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO:

O utente encontra-se na avaliação inicial com um equilíbrio sentado ineficaz e de pé também ineficaz. Por motivos de segurança e de prognóstico, não foi testado aquando avaliação inicial o equilíbrio dinâmico sentado e de pé.

2.5 AVALIAÇÃO DA MARCHA:

O utente realiza marcha do tipo apráxico apoiado por o EEER. Não realiza marcha de forma planeada, organizada e equilibrada, nem com outro qualquer enfermeiro, aparentemente por insegurança. Para realizar as AVD o cuidador (esposa e colaboradoras da IPSS) desloca o utente em cadeira de rodas e/ou cadeira de higiene.

2.5 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

ESCALA DE LOWER

HEMICORPO ESQUERDO

Legenda:	MSE/ MIE	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração									
1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento	Dedos mão	3/5	3/5	2/5	2/5				
	Punho	4/5	3/5					3/5	3/5
2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade	Antebraço					3/5	3/5		
	Cotovelo	4/5	3/5						
	Ombro	4/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		
3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade	Dedos pé	4/5	3/5	2/5	2/5				
	Tibiotársica	3/5	3/5			3/5	3/5		
4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador	Joelho	3/5	3/5						
5/5- Força normal	Coxo-femural	4/5	4/5	3/5	3/5	2/5	2/5		

HEMICORPO DIREITO

Legenda: 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contração 1/5- Esforço de contração visível mas não produz movimento 2/5- Movimento ativo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento ativo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento ativo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSD/ MID	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	4/5	4/5				
	Punho	5/5	5/5					5/5	5/5
	Antebraço					4/5	4/5		
	Cotovelo	4/5	4/5						
	Ombro	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5	4/5		
	Dedos pé	5/5	5/5	4/5	4/5				
	Tibiotársica	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Joelho	4/5	4/5						
	Coxo-femural	5/5	5/5	4/5	4/5	4/5	4/5		

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TÓNUS MUSCULAR – ESCALA *MODIFICADA DE ASHWORTH*

Para a realização da avaliação e classificação da espasticidade utilizei a Escala modificada de *Ashworth* que é uma escala amplamente e globalmente utilizada para avaliação funcional.

	Tónus Muscular
MSD	1
MSE	1+
MID	1
MIE	1+

3. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

3.1 ESCALA DE AVALIAÇÃO NO UTENTE COM AVC – NIHSS* (ANEXO INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO)

Categoria	Score
1ª – Nível de consciencia	0
1b – NDC Questões	2
1c – NDC Ordens	1
2 – Olhar conjugado	0
3 – Campos visuais	1
4 – Parésia Facial	1
5 – Membros Superiores	0
6 – Membros Inferiores	1
7 – Ataxia de membros	2
8 - Sensibilidade	1
9 - Linguagem	3
10 - Disartria	2
11 - Extinção e desatenção	1
Total	15

3.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ATRAVÉS DO ÍNDICE DE BARTHEL:

Índice utilizada na UCC para avaliação do potencial do utente:

ATIVIDADES

Higiene pessoal

0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 =Incontinente ou algaliado

5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 =Continente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 =Dependente

5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 =Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 =Pequena ajuda (verbal ou física)

15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 =Imobilizado

5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 =Dependente

5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 =Dependente

5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100): 5

4. AVALIAÇÃO DE RISCO

4.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Avaliação realizada com recurso à Escala de *Morse*:

Escala de Quedas – <i>Morse</i>	
Histórico de quedas	0
Diagnóstico Secundário	15
Ajuda na Deambulação	5
Terapêutica	0
Postura no andar e na Transferência (usar sanitário)	20
Estado Mental	0
TOTAL	40 – Médio Risco

4.2 AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão	
Percepção Sensorial	3
Humidade	2
Atividade	2
Mobilidade	2
Nutrição	3
Fricção e Forças de Deslizamento	2
TOTAL	14 – Alto Risco

5. PLANO DE CUIDADOS

PLANO DE CUIDADOS
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração da força muscular, com predominância no no hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recuperar força muscular, aumentando a força muscular com predominância do hemicorpo esquerdo</i> • <i>Aumentar resistência aos esforços</i> • <i>Readquirir equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé</i> • <i>Estimular a sensibilidade</i> • <i>Prevenir complicações da imobilidade durante o período em que está no leito</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os objetivos do programa ao utente de forma a perceber que após estas atividades o estado de saúde vai melhorar • Avaliar semanalmente o grau de força muscular, usando a escala de <i>Lower</i> • Solicitar a colaboração do utente nas atividades em que é capaz de colaborar • Realizar mobilizações passivas de todos os segmentos articulares com grau de força igual ou inferior a 2 e mobilizações ativas assistidas com grau de força igual ou superior a 3, estimulando a doente à sua visualização, tendo em conta o limiar de dor demonstrado pela utente • Ensinar e estimular a automobilização dos membros superiores • Treinar para o equilíbrio sentado estático e, se possível, equilíbrio dinâmico, coadjuvado através do recurso a um sofá e o andarilho. • Realizar atividades terapêuticas (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito) • Ensinar e treinar nas transferências. • Ensinar os posicionamentos no leito com os cuidadores informais • Programar e realizar levante com o doente para a posição de pé. • Treinar a marcha com apoio de ajudas técnicas, nomeadamente, providenciar andarilho para treino de marcha. • Avaliar T.A., para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante. • Prestar cuidados e ensinamentos genéricos relativos à prevenção das complicações da imobilidade 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente colaborante mediante as suas limitações de linguagem e cognição, e moderadamente motivado para o programa de reabilitação, e esforça-se por realizar de forma correta as atividades. • Executadas mobilizações osteoarticulares passivas em todos os segmentos corporais, no leito, com grau de força 2 igual ou inferior e mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos com força igual ou superior a 3 • Avaliado semanalmente a força muscular nos segmentos afetados, que mantém pontuação da avaliação inicial • O utente realiza automobilizações no leito mas necessita de ajuda parcial. • Realizado atividades terapêuticas com ajuda parcial (posição de gancho com contrações isométricas, ponte e rolar no leito, com ajuda parcial) • O utente realiza postura corporal em posição sentado estática com

PLANO DE CUIDADOS
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
		(úlceras pressão), onde se inclui o levante diário e supervisionar posicionamentos no leito, incentivando à alternância de decúbitos, por parte dos cuidadores (esposa e colaboradores do apoio domiciliário)	<p>eficácia, após uns segundos em posição sentado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O utente realiza postura corporal em posição sentado dinâmico com eficácia nos variados planos. ● O utente realiza postura corporal em posição em pé com moderada eficácia, necessita de ajuda mínima para realizar ● O utente realiza marcha com moderada eficácia com auxílio do andarilho, necessitando de ajuda máxima para a deambulação. ● Os cuidadores demonstram conhecimentos e realiza as atividades de cuidado conforme transmissão de conhecimentos por parte do enfermeiro

PLANO DE CUIDADOS
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com intolerância à atividade e fadiga, manifestada dependência nas AVD ao nível do autocuidado .	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Adquirir e manter um padrão de respiração eficaz.</i> ● <i>Recuperar e manter a mobilidade costal e diafragmática.</i> ● <i>Aumentar a expansão pulmonar</i> ● <i>Fortalecimento da força muscular respiratória:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Aumentar a resistência aos músculos da inspiração</i> ✓ <i>Diminuir a ocorrência de fadiga muscular</i> ● <i>Correção da postura corporal incorrecta.</i> ● <i>Reduzir a dispneia e aumentar a capacidade de tolerância ao exercício</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática bilateral (inspiração e expiração); ○ Reeducação costal seletiva bilateral e global sem bastão 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizadas técnicas de RFR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição de relaxamento; ○ Reeducação diafragmática; ○ Manobras acessórias: compressões e vibrações torácicas; ○ Reeducação costal seletiva (bilateral). ● Realizou treino de exercício – através exercícios ativos-assistidos e resistidos no leito.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com a diminuição da força muscular com predominância do hemicorpo esquerdo, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Obter autonomia • Prevenir aspiração devido disfagia • Aumentar a força muscular dos músculos responsáveis pela fase oral da deglutição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar cuidadores a sentar o utente com costas direitas e cabeça ligeiramente fletida • Vigiar dieta diabética, incentivar ingestão de líquidos golo a golo e não misturar sólidos com líquidos. • Ensinar os cuidadores a oferecer pequenas quantidades de alimentos e abordar o lado menos lesado (neste caso o lado direito) • Incentivar ao desempenho de tarefas manuais como forma de treinamento de destreza manual, através de objetos simples ou específicos terapêuticos. • Incentivar à alimentação autonomamente. • Orientar a família e colaboradoras da IPSS relativamente à necessidade de estimular o sr. J. P. na sua autonomia nas refeições, substituindo-o apenas no que for absolutamente necessário. • Ensinar os cuidadores a proporcionar um momento da refeição calmo, e com uma superfície estável para a refeição. • Realizar treino da musculatura facial, como por exemplo forçar sorrir sem abrir a boca ou pedir para fazer beicinho ou simular um beijo. 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apesar dos movimentos atáxicos, necessita de ajuda máxima na alimentação • Mantém dependência total com score de 0 na alimentação no Índice de Barthel • Aparentemente, apresenta estado nutricional adequado • Cuidadora utiliza uma ajuda técnica (por iniciativa própria) como a seringa para administrar gota-a-gota os líquidos. • Cuidadora mais motivada a incentivar o utente (marido) a tentar sempre que possível levar de forma autónoma os alimentos à boca. • Utente não consegue abrir a boca de forma standard. Para treinar a musculatura facial o EEER tem de narrar uma “história” engraçada de um acontecimento passado a médio prazo

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com a diminuição da força muscular, manifestada por dependência nas AVD ao nível da Autocuidado	<p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obter autonomia na higiene. • Diminuir grau de dependência nos cuidados de higiene <p>Vestir e Despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o vestir e despir de forma autónoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar cuidadores para o incentivo à autonomia, estimulando sempre que possível o autocuidado e a independência • Incentivar o utente a pentear-se sozinho usando um espelho. • Estimular dentro das possibilidades da sua mobilidade atual, o autocuidado e a independência nesta atividade de vida. • Ensinar os cuidadores na AVD - vestir e despir -com a técnica mais adequada às suas limitações, se necessário providenciar ajudas técnicas • Incentivar na aplicação das técnicas de conservação de energia no vestir/despir, previamente apreendidas na RFR. • Recomendar o uso de calçado apropriado, fechado e com sola antiderrapante 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados de higiene são prestados com ajuda máxima. Mantém score 0 no Índice de Barthel • O utente realiza o vestir a metade superior com ajuda máxima (>75%) e metade inferior com ajuda máxima (>75%), mantendo o score 0 no Índice de Barthel

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défice do autocuidado eliminação vesical relacionada com a patologia manifestada por incontinência urinária	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir infeções urinárias decorrentes da incontinência urinária reflexa da utente.	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar a eliminação vesical para a fralda.• Detetar precocemente eritemas devido ao contacto da pele com a urina.• Incentivar a ingestão hídrica.• Vigiar as características da urina.	06-02-2015 <ul style="list-style-type: none">• Mantém score 0 no Índice de Barthel na eliminação vesical• Mantém ausência de sinais de complicações urinárias

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Défice do autocuidado eliminação intestinal relacionado com a patologia manifestada por incontinência fecal	Manter e regularizar a eliminação intestinal.	<p>Ensinar os cuidadores a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a ingestão hídrica e alimentar adequada • Assegurar privacidade • Otimizar reflexo gastro-cólico <ul style="list-style-type: none"> • Executar massagem abdominal • Executar estimulação digital da ampola rectal se necessário • Administrar terapêutica laxante em SOS 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém incontinência fecal e ajuda total na eliminação fecal.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de aparecimento de UP relacionado com a patologia manifestado pela diminuição do autocuidado mobilizar-se de forma autónoma.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir o aparecimento de UP 	<p>Ensinar os cuidadores a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manter pele hidratada, com ingestão hídrica adequada; Garantir dieta adequada; Aplicar creme hidratante, com suave massagem para estimular a circulação sanguínea; Vigiar alterações das zonas com maior risco. Incentivar a utente acerca da importância da mudança frequente de posição (no leito). <p>Supervisionar funcionamento do colchão de pressões alternas presente no domicílio.</p>	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantida a pele limpa, seca, e hidratada. Mantém Score 14, na Escala de Braden. Apesar de o utente ter preferência para o posicionamento em decúbito dorsal e decúbito lateral do lado mais afetado, a cuidadora regularmente posiciona para os restantes decúbitos e posição sentado.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Problemas identificados	Objetivo	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Risco de Queda relacionada com o risco moderado da Escala de Quedas de Morse com um score de 35	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar a ocorrência de quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar padrão respiratório (frequência respiratória, amplitude respiratória, presença de dispneia, oximetrias periféricas); • Avaliar Monitorizar o risco de queda com recurso à Escala de Morse. • Elevar as grades da cama enquanto permanecer no leito. • Ensinar aos cuidadores a identificar os riscos de queda durante o autocuidado nas AVD • Identificar as condições da sua habitação no domicílio, em termos de barreiras arquitetónicas e condições facilitadoras da queda. • Incentivar a família a eliminar elementos facilitadores de queda como tapetes e carpetes, bem como elementos de decoração no chão. 	<p>06-02-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantém o nível de médio risco na Escala de Quedas de <i>Morse</i> com um score de 40 • Cumprido programa de posicionamentos no leito, de atividades terapêuticas e AVD de forma segura e sem intercorrências • Família ainda não eliminou elementos facilitadores de queda.

Apêndice 4 Jornais de Aprendizagem

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

<p>Jornal de Aprendizagem – 1 Unidade de Atividades de Vida</p>

Autor:

Frederico Fortunato nº. 5509

EEER Orientador:

██████████

Professor Orientador:

Profº. Joaquim Oliveira

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Cascais
Semanas 13-17 e 20-24 de Outubro, 2014

CONTEXTO

Na Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária a equipa de Enfermagem, especialistas em Enfermagem de Reabilitação, presta cuidados a utentes internos e externos com o principal objetivo de avaliar e treinar os utentes na execução das suas atividades da vida diária, otimizando a sua autonomia. É também a esta equipa que tem com finalidade informar utentes e famílias sobre as ajudas técnicas/produtos de apoio mais adequados para executar as referidas atividades com segurança e menor dispêndio de energia, e avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas e implementar as adaptações necessárias na habitação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado entendido este como *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”* atingindo, assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação. O termo atividades de vida diária (AVD) refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.

Para tentar compreender o conceito e sua utilidade, esquematizei seis ABVD que se referem tanto às funções e estruturas do corpo envolvidas como às atividades e participação para a sua execução:

AVD	Funcionalidade/Independência
Higiene pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo, higiene oral. Arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquilhagem...);
Controlo da alimentação vesical e intestinal e uso dos sanitários	Ato inteiramente de autocontrolo de mictar ou defecar, ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após;
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir roupas

	íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos;
Alimentação	Uso dos talheres, fragmentar os alimentos no prato (ou similar) à boca.
Locomoção	Deslocar-se autonomamente;
Transferência	Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa, transferir-se de uma cadeira para outra, para a sanita, banheira ou outra superfície

Regra geral os utentes, que tiverem condições para tal, deslocam-se fisicamente a este espaço, localizado no piso 1 (térreo), que está equipado de maneira a simular as AVD no seu domicílio, nomeadamente, banheira, sanita, lavatório, cama, cadeirão, entre outros. Os produtos de apoio constituídos por tabuas de transferência, cadeira de higiene (fixas e moveis), barras de apoio, alteadores de sanita, ajudas técnicas para vestir/despir, fazer a barba, lavar os dentes, pentear, maquilhar, produtos de continuação de reabilitação no domicílio, entre muitos outros.

APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS

O serviço de Atividades de Vida Diária (A.V.D.) do C. M. R. Alcoitão localiza-se no piso térreo (1º) e é uma área de intervenção específica que dá apoio aos 4 serviços de internamento de adultos (serviço 1.1, 1.2, 3.1 e 3.2), bem como apoio aos utentes em ambulatório sempre que necessário ou pedido.

O objetivo deste estágio de observação é importante pois segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado entendido este como *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”* atingindo, assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação. Outros dos aspetos importantes para o meu contracto de aprendizagem insere-se no desenvolvimento do conceito - autocuidado

nos utentes com incapacidades, nomeadamente nas suas atividades de vida diária, de maneira a promover e aumentar a qualidade de vida dos utentes, cuidadores e família.

No serviço foi destacado uma Enfermeira EER – Isa Sobral – para me acompanhar aos utentes que estavam sobre a sua responsabilidade, ao invés de estar à “procura” das oportunidades de aprendizagem. No início pareceu-me um pouco limitativo, mas logo no primeiro dia identifiquei as vantagens nesse método de aprendizagem. Desta forma, concluiu que foi um método de trabalho de aprendizagem mais estruturado e organizado, que por si só cria oportunidades de aprendizagem, mas de forma construtiva e gradual.

No início tive a oportunidade de observar uma reunião familiar, neste caso um utente com 73 anos que sofreu uma LVM manifestado por paraplegia bilateral dos MI à cerca de meio ano. Era divorciado, antes do acidente estava numa casa alugada onde vivia sozinho, tinha 2 filhas que moravam num raio de cerca de 10km entre elas e utente. Descrevendo a reunião: estavam presentes o médico fisiatra (gestor do processo de reabilitação durante o internamento), a EEER do internamento, a EEER do serviço de AVD, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional, a psicóloga e a assistente social – juntamente com o utente e as duas filhas e genro. E então foi interessante estar presente numa reunião multidisciplinar em que cada elemento\profissional responsável pelo processo de reabilitação expunha o nível de funcionalidade do utente perante a família. O objetivo geral da reunião (cerca de 2 semanas para alta) para onde iria o utente após a alta? – Domicílio com apoio social no domicílio? Para casa da filha mais velha? Para casa da filha mais nova e genro? Para unidade de cuidados continuados de média/longa duração? – Verifiquei que a família estava ansiosa para quando esse dia chegasse (pois o utente tinha estado internado num hospital central, distrital zona de residência e CMRA), e então no início estiverem atentos às avaliações dos profissionais envolvidos, mas depois apenas estavam preocupados para onde ele ia viver. Estar sozinho com apoio social domiciliário as filhas não queriam, mas também não estavam motivadas para o ter lá em casa, pois “...temos de trabalhar e cuidar dos filhos, com quem ele fica durante a tarde?!... sozinho?”. Fiquei a pensar que, apesar do objetivo do CMRA ser o de reabilitar para tornar a pessoa mais funcional, seria este o desejo da família? Seria este o desejo do utente quando foi internado no CMRA?? Pois apesar de ser

funcional, precisava na maioria das vezes de supervisão e ajuda parcial em algumas AVD. O processo de reabilitação tem apenas que ver com o utente? Ou terá também a família cuidadora um papel fundamental? Uma reunião de objetivos estipulado com a família apenas devem considerar um potencial de funcionalidade ou também ser transversal ao estado socioeconómico e cultural de uma sociedade? Se uma família não tem “tempo” e “condições” para aumentar a taxa de natalidade como vai ter para diminuir a taxa de internamento em lares e\ou instituições de pessoas com incapacidades? No momento em que é decidido que o utente vai ser internado pelo médico, não devia estar presente o EEER e a Assistente social, pelo menos? Ou só quando o utente já está internado é que começa o planeamento de cuidados?

No futuro, é importantes os EEER serem importantes decisores do planeamento de inclusão e não só, com bastante eficácia e vantagens na continuidade de cuidados. Uma das competências do EEER preconizados pela OE é o de *promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social*, onde *demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica*.

No futuro como EEER, tenho presente que o processo de reabilitação não se centra apenas no utente, mas também na família nos cuidadores, nos profissionais de saúde, nos intervenientes sociais e políticos. Basicamente, transmitir ao utente e família, como ultrapassar barreiras, não só arquitetónicas, mas também culturais, sociais e políticas, no fundo como ...**podemos ajudar a ajudar**... .

O enfermeiro especialista de reabilitação tem como grande objetivo no serviço de AVD capacitar o utente no autocuidado, nomeadamente, nas AVD – higiene oral, higiene facial, pentear, barbear\maquilhar, banho, vestuário superior e inferior, calçado; mas também nas transferências: para cama, sanita, banheira\duche, desníveis. Mobilidade no leito e mobilizações articulares são também atividades alvo aos utentes.

Além do processo de capacitação funcional do utente, é também importante evidenciar as limitações que o doente tem e identifica-los em todo o processo.

A maioria dos utentes que frequentam o serviço tem como causas de incapacidade AVC, LVM, patologias neuromuscular, politraumatizados e TCEs. As idades iam dos 20 anos aos 90 anos, masculino e femininos distribuídos de forma

mais ou menos equitativa. Era interessante avaliar os níveis de motivação, empenho no processo e expectativas futuras, quando comparamos as idades. Regra geral eu observava, que os jovens adultos, e adultos até aos 60 anos, tinham mais motivação e expectativas em relação aos próprios objetivos que estipulavam, do que os utentes com mais de 60 anos, que chegavam muitas vezes a dizer...*”o que estou aqui a fazer?” “...para que quero calçar meias sozinho, tenho lá em casa quem faça isso por mim!...”*

Como é que consigo analisar este tipo de experiencias diferentes, em causas semelhantes, nos utentes? Como motivo uma pessoa com 70 anos que teve um AVC que ficou com hemiparesia de um dos lados em que o comportamento cognitivo não foi afetado, mas que como expectativa não são muitos esclarecedores...! Enquanto um jovem com 20 anos que sofreu uma LVM, tem como esperança e expectativa voltar a andar e conduzir, etc, apesar dos profissionais saberem que isso é uma probabilidade remota, o jovem tem muita esperança, e então trabalha afincadamente e “transpira” literalmente uma grande vontade de voltar a ser independente de cuidadores e\ou família!?

A EEER que me estava a orientar, tinha que muitas vezes motivar as pessoas para se Autocuidar, pergunto eu, não seria um conceito e filosofia intrínseca das pessoas? Um pensamento inato da pessoa pela sobrevivência?! Quando um utente acha uma “chatice” calçar e tirar sapatos e meias duas vezes seguidas, porque não faz de uma maneira segura nem eficiente, ao invés de uns dias de trabalho, e quando finalmente consegue manifestar alegria pelo feito?

Felizmente, a maioria dos utentes valorizava, seja no princípio ou no fim das intervenções, todas aquelas horas passadas a transpirar para abotoar e vestir uma camisa, quando precisa de ajuda parcial apenas para se manter equilibrado sentado no leito.

No meu ponto de vista, o trabalho de reabilitação das pessoas é alimentado por esperança, expectativa e qualidade de vida pretendida. Se na entrevista inicial, a pessoa manifestar intenção de que apenas quer realizar atividades terapêuticas que maximizem a força muscular e amplitude articular, nós podemos utilizar o treino de AVD para concretizar a expectativa da pessoa? Cheguei à conclusão que sim. Pois o treino de AVD é muito mais do que apenas a realização de tarefas diárias, para chegar a esse objetivo geral, é necessário trabalhar muitos outros aspetos físicos e

anatômicos. O simples abotoar dos botões da camisa sentado no bordo do leito, é um processo que pode envolver treino de equilíbrio de tronco estático e dinâmico, controlo postural, treino de sensibilidade superficial e profunda, da propriocepção, epicrítica e estereognosia treino da função respiratória, treino de amplitudes articulares com mobilizações ativas, treino da força muscular, treino da preensão da mão, destreza manual e no equilíbrio no desempenho de ocupações.

A escolha dos produtos de apoio e ajudas técnicas era muito importante para cada caso. Por exemplo, se a habitação não tinham duche, não faz sentido prescrever uma cadeira de higiene, mas sim uma tabua de transferência para banheira, apesar de a cadeira de higiene muitas vezes ser o método mais seguro e eficaz para aquela situação fisiológica incapacitante. Os EEER tinham sempre as condições habitacionais, sociais e familiares, em mente sempre que prescreviam produtos de apoio para tornar as AVD mais seguras, simples, eficientes e rápidas para os utentes, cuidadores e família.

Frequentemente, as famílias eram convidadas a assistir às sessões de trabalho que ocorriam diariamente entre o EEER e o utente, para verificarem, avaliarem e validarem, juntamente com o enfermeiro, o nível de funcionalidade nas AVD da pessoa. Era também utilizado para as famílias sugeriram outros objetivos de treino nas AVD bem como esclarecer dúvidas acerca dos seus cuidados no domicílio ao utente. No meu método de trabalho penso que é extremamente importante abriremos "as portas" à comunidade e família, pois são elementos, igualmente importantes no sucesso no processo de reabilitação funcional.

No futuro do meu desenvolvimento, pretendo incluir sistematicamente as famílias no processo de reabilitação seja no meu percurso académico, seja no meu futuro como EEER no meu local de trabalho. Não faz sentido trabalhar com a pessoa uma expectativa do profissional e mesmo do utente, se a família não considerar como um elemento que traga qualidade de vida à pessoa.

Muitas vezes durante o treino de AVD, a EEER avaliava cada caso de forma individual, e executava cuidados de reabilitação que não eram exclusivas da AVD, mas do internamento, do ginásio dos fisioterapeutas, da sala dos T.O., mas quando o fazia não podia ser alvo de avaliação nem de transmissão de atividades. Exercícios como atividades terapêuticas no leito em utentes que sofreram um AVC, era realizado nas camas do serviço, ao invés de serem realizados no internamento,

onde seria o local estipulado, mas que por falta de tempo ou de organização, não o realizavam, e acaba por fazer ali no serviço. Uma das limitações é que não eram atividades que fossem contabilizadas e valorizadas aos EEER do serviço de AVD.

Uma das desvantagens de um centro de reabilitação tão diferenciado como o de CMRA é o facto de o utente parece que, desculpem a metacategorização, é dividido em “peças de puzzle”, ou seja, o médico fisiatra é responsável pela gestão do processo de reabilitação; o EEER do internamento pelo controlo de esfíncteres, alimentação (nem todos os aspetos) parâmetros vitais e aparelho tegumentar; o EEER das AVD pela avaliação da higiene (oral, facial e geral) vestuário e calçado, pelas transferências (sanita, banheira, duche, cama, cadeira de rodas, e pela mobilidade no leito, bem como pela caracterização da habitação juntamente com a assistente social; o fisioterapeuta pelos membros inferiores, equilíbrio de pé e marcha; a terapeuta ocupacional pelos membros superiores, equilíbrio de tronco, posição de sentado e ocupação de tarefas; o terapeuta da fala tem ainda responsabilidade pela deglutição, forma de comunicação e interpretação. Ou seja o doente é dividido em “várias partes” e volta-se a “unir” na reunião de reavaliação. Eu coloco a seguinte questão, estas dimensões na pessoa não fazem parte objeto de cuidados enquanto EEER? Será uma mais valia para o EEER uma instituição tão diferenciada? Os conhecimentos das diferentes áreas são benéficas para levar para a minha instituição de origem? Será este modo de atuação, como um centro de reabilitação diferenciado, a mais eficaz e eficiente? No início do estagio achava que não, mas ao fim de alguns dias de contacto com a realidade, pode não ser o método ideal, mas é o métodos mais organizado e estruturado tendo em vista a multidisciplinaridade da instituição. É o conjunto destes saberes que levo comigo no meu desenvolvimento de competências específicas do EEER, e que me diferencie dos cuidados generalistas.

Em suma, a independência na realização das AVD é de grande importância na vida das pessoas pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares. Tendo em vista o enfoque nas AVD durante o processo de reabilitação, optamos por adequar à nossa realidade e a

nossa experiência, o modelo para a consulta de enfermagem, que avalia as atividades da vida, modelo este criado pela enfermeira Nancy Roper. Um dos pressupostos deste modelo é que as pessoas que necessitam de enfermagem, têm alguns problemas de saúde, atual ou em potencial, os quais produzem uma ou mais alterações na vida diária ou seja, no desempenho das atividades da vida. O modelo proposto compreende as fases da metodologia assistencial propriamente dita, ou seja: Avaliação das atividades da vida, Planeamento dos cuidados de enfermagem, Intervenção de enfermagem e Avaliação da assistência de enfermagem prestada.

Como sugestão, posso deixar o contributo de como o instrumento de avaliação – Escala modificada do Índice de Barthel – traria benefícios para equipe de enfermagem de reabilitação do serviço, nomeadamente como complemento da muito útil e utilizada escala MIF. O Índice de Barthel modificado avalia o potencial funcional do indivíduo, avaliando 10 atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pretende avaliar se o utente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Seria instrumento mais específico e que complementa a escala MIF, bem como seria útil, para avaliação e estudos científicos do trabalho desenvolvido no serviço de AVD do CMRA.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem – 2
Equipa de Cuidados Continuados
Integrados

Autor:

Frederico Fortunato nº. 5509

EEER Orientador:

Enf.º [REDACTED]

Professor Orientador:

Profº. Joaquim Oliveira

Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa de Cuidados Continuados
Integrados, Pêro Pinheiro
Dezembro de 2014 e Janeiro de 2015

CONTEXTO

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) composto por 5 enfermeiras generalistas e 1 especialistas em Enfermagem de Reabilitação que acumula funções com a coordenação da Unidade de Cuidados na Comunidade *Albus Petra* (UCC). A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários (CSP) e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, uma das competências do Enfermeiro de reabilitação é o de *Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*, atingindo, assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação social.

A população alvo das ECCI são todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social.

Os grupos-alvo de cuidados englobam:

- Pessoas com dependência funcional;
- Pessoas idosas com critérios de fragilidade;
- Pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente;
- Pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal.

O ingresso na RNCCI faz-se sempre através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde (comunidade), independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário.

Face à proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às

necessidades do utente/família, sendo, de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

Para efeito de exclusão devem considerar-se os seguintes critérios:

- Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital;
- Necessidade exclusiva de apoio social
- Necessidade de internamento para estudo diagnóstico;

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

As ações e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação e higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS

As competências do Enfermeiro de Reabilitação encontram-se e são, perfeitamente, transversais com a missão da RNCCI e na formação das equipas de ECCI.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado entendido este como *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e*

as atividades de vida” atingindo, assim, um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação. Outros dos aspetos importantes para o meu contracto de aprendizagem insere-se no desenvolvimento do conceito - autocuidado nos utentes com incapacidades, nomeadamente nas suas atividades de vida diária, de maneira a promover e aumentar a qualidade de vida dos utentes, cuidadores e família.

No planeamento multidisciplinar das atividades da ECCI para os utentes inseridos na RNCCI decorreu uma reunião mensal com as Coordenadoras dos parceiros sociais, nomeadamente, assistentes sociais das IPSS englobadas na região de ação da ECCI.

A equipa de enfermagem da ECCI reúne mensalmente com responsáveis das IPSS envolvidas na zona de abrangência de maneira a colaborarem entre si, uniformizar atividades e procedimentos. É importante este tipo de cooperação entre parceiros sociais e os intervenientes das equipas de saúde, de maneira a garantir qualidade e acessibilidade de cuidados de saúde à comunidade.

A equipa de enfermagem anualmente estabelece planos de formação estruturados para colaboradores das IPSS que prestam apoio domiciliário, onde estabelecem planos de formação, de forma, a incorporarem todas as instituições da região demográfica da UCC.

Do meu ponto de vista, é importante esta estreita relação, e que por mim falo, em muitos contextos não existe uma relação próxima com os parceiros sociais, nomeadamente os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação não tomam iniciativa de estabelecer uma continuidade de cuidados no regresso à comunidade. Os EEER têm de se tornar elementos ativos nas decisões e criações de parcerias sociais, nomeadamente, englobar a responsabilidade e a iniciativa de estabelecer um elo de ligação entre os cuidados diferenciados e cuidados de saúde na comunidade.

No meu contexto de trabalho, encontro-me na “fronteira” entre cuidados diferenciados e cuidados na comunidade, pois apesar de ser um contexto de cuidados médicos especializados, é também uma porta aberta para a comunidade, e como uma das competências dos EEER é promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, de forma a colaborar de forma ativa com parceiros de responsabilidade política e social, nomeadamente sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Um ponto importante que merece um ponto de discussão é a escolha dos utentes que podem beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação e com isso ter ganhos em saúde, diminuindo complicações e sequelas de patologias neurológicas, neuromusculares e respiratórias, aumentando, em potencial, a sua qualidade de vida.

Os critérios de ingresso dos utentes na RNCCI estão, relativamente, bem esquematizado e definidos, bem como os critérios de exclusão, como: Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital; Necessidade exclusiva de apoio social; Necessidade de internamento para estudo diagnóstico.

Os utentes que beneficiarão das ações e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

Conforme enunciado, assume relevância os cuidados de saúde que visem a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos utentes em situação de dependência. Desta forma, o interveniente principal será a ação do EEER em que os seus cuidados visem responder às necessidades dos programas de orientação das ECCIs. Ao invés dos critérios bem definidos para inclusão de utentes na ECCI, os critérios de escolha para integrar um programa de reabilitação não estão bem definidos e encontram-se perante fronteiras cinzentas. A questão problemática coloca-se: Que utentes o EEER, membro da equipa ECCI, escolhe para os incluir em um programa de reabilitação? Que critérios de inclusão e exclusão de seleção o

EEER se deve reger? Potencial vs melhoria da QdV? Que aspetos éticos e deontológicos a considerar no momento da tomada de decisão?

Os utentes em que realizo as atividades de reabilitação, sob supervisão do meu orientador, foram escolhidos previamente, e já durante o estágio, pelo meu EEER orientador. Em forma de contextualização, o meu orientador acumula, juntamente com atividades inerentes ao EEER mas também de coordenador da UCC em que a ECCI está englobada, pelo que apenas dispõe de cerca de metade do seu tempo de atividade para desempenhar funções de EEER junto dos utentes inscritos na ECCI (RNCCI). Desta forma, a sua seleção tem de ser criteriosa e, muitas vezes “discriminatória” sobre a forma de potencial em aumentar o seu autocuidado e a sua independência face aos cuidadores informais, ou seja, a escolha recai sobre o pretexto de potencial físico e intelectual, extrapolando para a realidade, a prioridade vai para um utente que sofreu um AVC ou internamento agudo, e ficou limitado e restrito ao leito por sequelas neurológicas ou apenas de uso/desuso, mas com potencial para realizar as AVD de forma autónoma ou menos dependente, e até mesmo deambular ou deslocar de forma autónoma. Ao invés, utentes que por demências de etiologia crónica e degenerativa as AVD ficam comprometidas a medio-longo prazo, quer de forma física, quer intelectual, ficam para segundo plano de escolha, ficando aos cuidados muitas vezes dos competentes enfermeiros de cuidados gerais.

Questiono-me a mim próprio, não terá tanto direito a cuidados de reabilitação o utente *A* que sofreu um AVC isquémico no hemisfério direito com 50 anos com bastante potencial inclusive reinserir socialmente no mercado de trabalho como o utente *B* de 80 anos com um processo demencial evolutivo e degenerativo com início insidioso á cerca de 10 anos em que os últimos 2 anos está confinado a um leito e já teve 3 agudizações hospitalares no último ano?

Ao longo da minha carreira profissional de EEER posso vir a deparar-me frequentemente, entre a escolha entre estas duas tipologias de doentes se só tiver tempo e raio de ação para uma? Serão as políticas de saúde redigidas pelos nossos governantes e decisores organizacionais que nos incutem intervir prioritariamente para utentes com a tipologia *A* ao invés da tipologia *B*? Consigo respeitar os princípios gerais do código deontológico dos enfermeiros, incorporado no REPE, como a igualdade; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade?

Da mesma forma, o EEER assume a responsabilização pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, ou seja, é mais fácil escolher realizar um programa de reabilitação priorizado conforme identificação de alvos prioritários por parte dos decisores que atuam nas políticas de saúde.

Escolher tipologia *A* poderá ser uma forma de justiça social ao “devolver” à comunidade um elemento reabilitado e encontra-se de forma proactiva, é certo, mas devolver QdV a utentes com tipologias *B* é também respeitar a dignidade da pessoa humana.

Um dos objetivos da ação principal da rede de referenciação de Medicina Física e reabilitação da DGS é definir o prognóstico e avaliar o potencial de reabilitação, ou seja o termo “potencial de reabilitação” volta aparecer em uma política prioritária pela DGS, ao qual os EEER devem responder de forma eficiente e com metas alcançáveis. Mas não será também importante o EEER manter o potencial remanescente á pessoa alvo de cuidados de saúde?

A fim de conhecer melhor o que é isto de “potencial de reabilitação”, realizei uma breve pesquisa narrativa da literatura e estudos de investigação sobre que critérios se baseavam alguns profissionais e organizações para a triagem de utentes que mais beneficiariam com programas de reabilitação e que instrumentos de avaliação utilizam. Diversos fatores, como cognitivos, físicos, psicológicos e socioeconómicos interferem com a avaliação de potencial e que existem várias escalas bem definidas para avaliação de potencial apos um AVC ou fratura da anca mas onde os resultados são avaliados na função física, no entanto para as restantes situações o julgamento e experiência do avaliador é o único método vastamente utilizada pelos profissionais envolvidos em programas de reabilitação.

A heterogeneidade dos utentes na comunidade é tão vasta que não existe nenhum instrumento eficaz para avaliar o potencial de reabilitação em uma população heterógena, conforme Cunningham, Horgan, & O'Neill (2000) refere e onde deixa a recomendação da criação de instrumentos eficazes na determinação de potencial para grupos heterogéneos.

Portanto para além de muitos instrumentos de avaliação de potencial de reabilitação existentes para patologias bem documentadas, tenho conciliar a minha tomada de decisão nesses instrumentos e na minha avaliação enquanto enfermeiro especialista de reabilitação e ponderar todos os fatores, anteriormente enunciados.

Além de instrumentos específicos de avaliação de potencial, os instrumentos de avaliação funcional como o MIF, o sistema de classificação CIF e o NIHSS a ter a consideração no momento de avaliação do potencial de reabilitação para ingresso em um programa de reabilitação e seus benefícios a medio-longo prazo.